



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE NITERÓI
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

DAIANE PEREIRA MAGALHÃES MORAES

“A TRANCA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO”: uma análise das internações
psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

NITERÓI
2021

DAIANE PEREIRA MAGALHÃES MORAES

“A TRANCA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO”: uma análise das internações
psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Política Social.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social

Linha de Pesquisa: Cuidado em saúde mental

Orientadora: Prof.^a Dra. Rachel Gouveia Passos

Niterói

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M827" Moraes, Daiane Pereira Magalhães
"A tranca como estratégia de cuidado" : uma análise das
internações psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do
Município do Rio de Janeiro / Daiane Pereira Magalhães
Moraes ; Rachel Gouveia Passos, orientadora. Niterói, 2021.
143 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2021.m.13267239796>

1. Internações Psiquiátricas. 2. Rede de Atenção
Psicossocial. 3. Saúde Mental. 4. Produção intelectual. I.
Passos, Rachel Gouveia, orientadora. II. Universidade Federal
Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD -

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

DAIANE PEREIRA MAGALHÃES MORAES

“A TRANCA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO”: uma análise das internações
psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro

Niterói, 26 de fevereiro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos - Orientadora (UFRJ/UFF)

Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo - 1º Examinador (UERJ)

Profa. Dra. Tathiana Meyre da Silva Gomes - 2º Examinadora (UFF)

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes - 3º Examinador (UFF)

Profa. Dra. Melissa de Oliveira Pereira - Suplente (IBMR)

Niterói

2021

Dedico esta dissertação à minha mãe, com quem pude conhecer de perto o sofrimento psíquico e aprender que as pessoas que sofrem precisam de apoio, carinho e acolhimento, JAMAIS de internação e exclusão. Estarei sempre ao seu lado. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me iluminar e me conceder força e sabedoria para a conclusão desta pesquisa. O percurso não foi fácil, muitas vezes pensei em desistir, principalmente diante do desgaste psíquico proporcionado pelo cenário pandêmico.

A minha filha, Mirella, que mesmo ainda em meu ventre contribui muito para que a mamãe pudesse ficar bem e tranquila para concluir esta pesquisa. Te amo, filha!

Ao meu amado esposo, Júnior, por ter compreendido os meus momentos de cansaço, ansiedade e nervosismo. Obrigada por todo amor, respeito e companheirismo de sempre. Você é meu alicerce! Te amo!

A minha mãe, Claudia, que por uma ironia do destino, de uma forma tão adversa, me permitiu conhecer o universo da saúde mental. Por todo amor e dedicação dispensados, e por sempre me incentivar a conquistar meus sonhos através do estudo.

As minhas avós, Regina e Solange (In Memoriam), por todo cuidado, amor e carinho ao longo da minha vida.

A minha irmã, Camyle, pelo apoio e incentivo na elaboração desta pesquisa.

As minhas amigas da vida Dayanna e Camila, pela torcida e incentivo. E por sempre me ouvirem em momentos de angústias e inquietações acadêmicas e profissionais.

A todos os usuários da saúde mental com os quais convivi no período em que trabalhei no hospital psiquiátrico. Sei que não foram momentos alegres, pois ninguém é feliz dentro de um manicômio. Mas o que me proporcionava satisfação era poder contribuir para que cada um pudesse sair daquele lugar o mais rápido possível. Aonde quer que eu vá, levarei para sempre essa experiência em minhas memórias, pois tenho certeza que as histórias que pude conhecer me marcaram não somente como profissional, mas contribuíram para que eu me tornasse um ser humano melhor.

A toda a equipe da Enfermaria em que trabalhei, em especial, a Delaine, Maria das Graças e Simone por toda parceria construída no trabalho. Os nossos momentos de trocas, aprendizados e compartilhamento de angústias, foram fundamentais para eu me manter firme e seguir com mais leveza. Obrigada por terem sido mais do que colegas de trabalho e por nossa amizade ter ultrapassado os muros do hospício.

A Valéria, pela confiança em meu trabalho no hospital e por ter me permitido vivenciar essa experiência.

Aos meus colegas de turma do mestrado por terem compartilhado comigo reflexões, inquietações e descobertas. Em especial, a Rose, pelas palavras de incentivo e apoio na reta final de conclusão desta pesquisa.

Aos professores e professoras do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social com os quais tive contato ao longo do curso, especialmente, ao professor Carlos Moraes, por ser um professor e ser humano incrível. Seus ensinamentos foram essenciais para minha formação como mestra. Obrigada!

Agradeço imensamente as entrevistadas da pesquisa por terem aceitado prontamente contribuir com o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço especialmente a minha orientadora Rachel Gouveia, por me nortear durante o processo de construção desta pesquisa, e principalmente pelo incentivo, carinho, apoio e dedicação.

Agradeço à banca avaliadora, que desde a minha qualificação contribuíram com excelentes reflexões e apontamentos para o desenvolvimento desta pesquisa.

A CAPES, pelo financiamento a esta pesquisa através da bolsa e o incentivo à produção de conhecimento.

Enfim, a todos e todas que de alguma forma contribuíram para a construção desta dissertação. Meu muito obrigada!

Todo mundo é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente.

William Shakespeare

RESUMO

MORAES, Daiane Pereira Magalhaes. **“A tranca como estratégia de cuidado”**: uma análise das internações psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

A dissertação apresentada tem como objeto de estudo as internações psiquiátricas que ocorrem no âmbito do município do Rio de Janeiro, mais especificamente, em um Hospital Psiquiátrico localizado na zona norte da cidade. Tem como objetivo principal apontar o papel que o hospital psiquiátrico ocupa na área programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro, no período de 2016 a 2019. O método que orientará esta pesquisa é o materialismo histórico-dialético. Pretende-se com o estudo, proporcionar o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica antimanicomial, bem como, instrumentalizar e subsidiar os profissionais da saúde mental com conhecimentos críticos a respeito das internações psiquiátricas que ainda acontecem na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada está apoiada na revisão teórico-bibliográfica sobre a temática da saúde mental, na pesquisa documental, como também na pesquisa de campo, através de entrevistas com profissionais que possuem vinculação com o campo da saúde mental, tanto pela via da prática profissional quanto pela via da militância, política ou universidade. A partir deste estudo, é possível inferir que as internações psiquiátricas ainda se configuram como principal estratégia de atenção à crise na Área Programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro, tendo em vista o baixo investimento em CAPS tipo III, isto é, com funcionamento 24hrs por dia para atenção à crise. Como também, que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda dependem da assistência prestada pelo Hospital Psiquiátrico devido a um contexto de intensas precarizações desses serviços, alicerçado por um projeto político de desinvestimento nos serviços substitutivos, contribuindo assim, para a institucionalização da loucura.

Palavras-chave: Internações Psiquiátricas; Rede de Atenção Psicossocial; Saúde Mental.

ABSTRACT

The dissertation presented has as object of study the psychiatric hospitalizations that occur in the scope of the city of Rio de Janeiro, more specifically, in a Psychiatric Hospital located in the northern area of the city. Its main objective is to point out the role that the psychiatric hospital occupies in the program area (AP 3.0) of the municipality of Rio de Janeiro, in the period from 2016 to 2019. The method that will guide this research is historical-dialectical materialism. The aim of the study is to provide the strengthening of the anti-asylum psychiatric reform process, as well as, instrumentalize and subsidize mental health professionals with critical knowledge regarding psychiatric hospitalizations that still occur in the mental health network of the city of Rio de Janeiro. The methodology used is supported by the theoretical-bibliographic review on the theme of mental health, in documentary research, as well as in field research, through interviews with professionals who are linked to the field of mental health, both through professional practice and through militancy, politics or university. From this study, it is possible to infer that psychiatric hospitalizations are still the main strategy of attention to the crisis in the Program Area (AP 3.0) of the city of Rio de Janeiro, in view of the low investment in CAPS type III, that is, operating 24 hours a day to deal with the crisis. As well, that the Psychosocial Care Centers (CAPS) still depend on the assistance provided by the Psychiatric Hospital due to a context of intense precariousness of these services, underpinned by a political project of divestment in substitute services, thus contributing to the institutionalization of madness.

Keywords: Psychiatric Hospitalizations; Psychosocial Care Network; Mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de internações psiquiátricas por Área Programática (AP 3.0).....	113
Gráfico 2- Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.2)	114
Gráfico 3 - Percentual dos usuários internados por sexo da AP 3.2 (2016 a 2019).....	115
Gráfico 4 - Faixa etária dos usuários internados da AP 3.2.....	116
Gráfico 5 - Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.1).....	117
Gráfico 6 - Percentual dos usuários internados por sexo da AP 3.1 (2016 a 2019).....	117
Gráfico 7 - Faixa etária dos usuários internados da AP 3.1.....	118
Gráfico 8 - Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.3).....	119
Gráfico 9 - Faixa etária dos usuários internados da AP 3.3.....	119
Gráfico 10 - Faixa etária dos usuários internados da AP 3.3.....	120
Gráfico 11 - Quantitativo anual de internações psiquiátricas no hospital em estudo.....	121
Gráfico 12- Quantitativo de leitos psiquiátricos e leitos de acolhimento noturno na AP 3.0.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas.....92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de CAPS III em relação ao Total de CAPS habilitados no Brasil no período de 2006 a 2014.....	88
Tabela 2- Número de CAPS III por Região no ano de 2017.....	89
Tabela 3- Leitos de Acolhimento Noturno localizados em CAPS III do Município do Rio de Janeiro – Janeiro de 2021.....	96
Tabela 4- Localização dos leitos de atenção à crise na Cidade do Rio de Janeiro – Janeiro 2021.....	97
Tabela 5- Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro no ano de 2016.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AFMD	Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde Mental
CPP II	Centro Psiquiátrico Pedro II
CTs	Comunidades Terapêuticas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HNA	Hospício Nacional de Alienados
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal

MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRIS	Núcleo de Reabilitação e Integração Social
OPNES	Organizações Públicas não Estatais
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PLR	Participação nos Lucros e Resultados
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCL	Receita Corrente Líquida
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SIGEM	Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União

UAA Unidade de Acolhimento Adulto

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
1. REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, OFENSIVA NEOLIBERAL E POLÍTICA SOCIAL.....	25
1.1 Mundo do Trabalho e Reestruturação Produtiva no cenário internacional	25
1.2 Ofensiva Neoliberal e Política Social no contexto brasileiro.....	39
1.3 O Avanço da Contrarreforma do Estado na Política de Saúde Brasileira: o processo de privatização.....	46
2. SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	55
2.1 Breve Panorama da Constituição da Psiquiatria no Brasil.....	56
2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e os Serviços Substitutivos.....	66
2.3 Ataques e Retrocessos: a (re) manicomialização da saúde mental	82
3. PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: as internações psiquiátricas como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental.....	91
3.1 A construção da Rede de Atenção Psicossocial no Município do Rio de Janeiro.....	91
3.2 A Rede de Atenção Psicossocial no Município do Rio de Janeiro no contexto dos anos 2016 a 2019.....	98
3.3 Uma análise das internações psiquiátricas na Área Programática 3.0 do Município do Rio de Janeiro.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
APÊNDICE I.....	139
APÊNDICE II.....	140
APÊNDICE III.....	143

INTRODUÇÃO

A dissertação ora apresentada tem como objeto de estudo as internações psiquiátricas que ocorrem no âmbito do município do Rio de Janeiro, mais especificamente, em um Hospital Psiquiátrico localizado na zona norte da cidade. O interesse pelo estudo surge primeiramente devido a minha inserção como Assistente Social residente em saúde mental¹ em uma Enfermaria masculina do Hospital Psiquiátrico citado acima, e, posteriormente, a partir da minha inserção como Assistente Social nesse mesmo local.

A partir dessas experiências, pude perceber que o hospital psiquiátrico tem reassumido um protagonismo na rede de atenção psicossocial, tendo um papel importante de intervenção em situações de crise psíquica e de articulação da rede de cuidados territoriais a fim de inserir o usuário no tratamento fora dos muros do hospício. Desta forma, a pesquisa justifica-se pelo fato das internações psiquiátricas ainda ocorrerem no município do Rio de Janeiro, recolocando o hospício como importante local de cuidado em saúde mental, o que rompe com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No Brasil, no final dos anos 1970, sob a influência da experiência italiana², o movimento da Reforma Psiquiátrica questiona o manicômio como modelo de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico. Desse modo, a centralidade das internações psiquiátricas, e o conseqüente isolamento dos usuários internados, bem como, o saber e o poder médico como saberes hegemônicos passam a ser questionados.

Yasui (2006) ressalta que a Reforma Psiquiátrica (RPB) se configura não apenas como uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições, mas também como um processo político de transformação social. Sendo assim, “a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade” (p.26). O autor pontua ainda a estreita e íntima relação entre o hospício e as demandas e necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos e sociais da cidade e da sociedade, na qual estão inseridos. Portanto, historicamente, os hospícios possuíam uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados.

¹ A referida experiência ocorreu no período de março de 2016 a janeiro de 2018, primeiro e segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro.

² A Reforma Democrática Italiana, baseada no trabalho de Franco Basaglia, tinha como objetivo desconstruir o manicômio, e criar serviços territoriais que efetivamente substituíssem os hospitais psiquiátricos (Barros, 1994).

Basaglia (2010) coloca que os manicômios podem ser definidos como as instituições da violência, símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”. Conforme o autor, o interno de um hospital psiquiátrico é objeto da violência institucional, “um homem sem direitos, sujeito ao poder da instituição, e, portanto, à mercê dos delegatários da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu” (p.101-102). O interno é “posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra” (p.118). Contudo, Basaglia ressalta que “o poder descontextualizante, destrutivo e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, só atua sobre aqueles que não têm outra alternativa além do hospital psiquiátrico” (p.102).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe uma profunda mudança no modelo assistencial de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico. Ressalta-se que, “esse novo modo de produzir o cuidado em saúde mental procura, assim, realizar a atenção ao sofrimento psíquico, prescindindo por completo das instituições fechadas e do mandato social da psiquiatria, o que não significa prescindir absolutamente da psiquiatria” (COE; DUARTE, 2017, p.83).

Como resultado da Reforma Psiquiátrica, e da conseqüente mudança do modelo assistencial, “foram instituídos os novos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, que se distingue radicalmente do tratamento prestado pelo manicômio” (PASSOS, 2016, p. 145). Os serviços substitutivos são múltiplos e compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde. Destaca-se que, “o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos foram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se tornaram o modelo central na experiência brasileira” (PASSOS, 2016, p. 145).

No modelo psicossocial de atenção, à crise psíquica é entendida “como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de (...) uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica” (AMARANTE, 2007, p.81-82). Enquanto que no modelo clássico da psiquiátrica, entende-se a crise

como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Como conseqüência desta concepção, a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhe fortes medicamentos (...), aplicar-lhe eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, como é mais conhecida pelo domínio popular (AMARANTE, 2007, p. 81).

Embasado nessa problematização, este estudo tem por *objetivo geral*:

- Apontar o papel que o hospital psiquiátrico ocupa na área programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro, no período de 2016 a 2019.

Já os *objetivos específicos* estão concentrados na seguinte proposta:

- Analisar como os profissionais a serem entrevistados percebem a Política de Saúde Mental e a funcionalidade das internações psiquiátricas no cenário contemporâneo do município do Rio de Janeiro.
- Avaliar as transformações ocorridas na Política de Saúde Mental e como essas alterações irão impactar no município do Rio de Janeiro;
- Identificar se as internações psiquiátricas se constituem como principal estratégia de atenção à crise psíquica na área programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro;

Diante da proposta descrita, o método que orientará esta pesquisa é o materialismo histórico-dialético. A partir deste método, busca-se desvendar o objeto de estudo. “O método implica, pois, para Marx, uma determinada *posição (perspectiva)* do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p.53 grifo do autor). O método dialético enfatiza a historicidade, a totalidade e as contradições que compõem a própria realidade. Esse método propõe-se partir da aparência, visando alcançar a essência (a estrutura e a dinâmica) do objeto. Portanto, o pesquisador deve ir além da aparência fenomênica, imediata e empírica, buscando a essência do objeto. Para isso, é importante capturar a sua estrutura e dinâmica, por “meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou” (NETTO, 2011, p.22).

A delimitação do período da pesquisa tem relação com a publicação de portarias e resoluções do Ministério da Saúde que irão impactar na Política de Saúde Mental, e também com a principal fonte de dados da pesquisa - a planilha que tivemos acesso a informações acerca das internações no hospital psiquiátrico em estudo. Conforme apuramos, a planilha passou a ser preenchida com mais confiabilidade a partir do ano de 2016.

Desde o ano de 2017, a Política de Saúde Mental vem sofrendo ataques de retrocessos

e passando por intensos processos de precarização, impulsionados pelo congelamento dos gastos públicos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016), e, também, pelas disputas entre os distintos projetos existentes no campo, que resultou na publicação da Resolução N° 32 e na Portaria N° 3.588, que oficializam as medidas que desconfiguram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). De acordo com Passos (2017), é possível existir uma Reforma Psiquiátrica que não seja antimanicomial. Nesse sentido, a autora enfatiza que na própria experiência brasileira identificam-se forças conservadoras da psiquiatria tradicional que defendem a reorganização dos serviços em saúde mental. E, por outro lado, também identificamos entre os “antimanicomiais” aqueles que defendem a humanização e reorganização do hospício e não a sua extinção.

A mudança trazida pelas publicações citadas acima prevê novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios), fortalecendo a ampliação do financiamento público tanto para a expansão de leitos psiquiátricos quanto para as comunidades terapêuticas. Sendo assim, a redução de investimentos nos serviços substitutivos de base territorial por parte do governo federal e por parte dos governos estaduais e municipais, irá implicar na viabilização do cuidado em saúde mental. Portanto, uma das hipóteses desse estudo é de que as internações psiquiátricas ainda se configuram como principal estratégia de atenção à crise na Área Programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro, tendo em vista o baixo investimento em CAPS tipo III, isto é, com funcionamento 24hrs por dia para atenção à crise. A outra hipótese parte da compreensão de que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda dependem da assistência prestada pelo Hospital Psiquiátrico devido a um contexto de intensas precarizações desses serviços, alicerçado por um projeto político de desinvestimento nos serviços substitutivos, contribuindo assim, para a institucionalização da loucura.

Em se tratando da relevância da temática, pretendemos com o estudo proporcionar o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica antimanicomial, bem como, instrumentalizar e subsidiar os profissionais da saúde mental com conhecimentos críticos a respeito das internações psiquiátricas que ainda acontecem na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Para o desenvolvimento deste estudo, além da revisão teórico-bibliográfica sobre a temática da saúde mental, foram feitas consultas a fontes documentais do Hospital Psiquiátrico em estudo, como planilhas e estatísticas. É importante esclarecer que essas consultas foram facilitadas devido a minha inserção como Assistente Social do referido Hospital Psiquiátrico. Devido a pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) fui informada

pela coordenação do Centro de Estudos desse hospital que as avaliações de projetos de pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro estavam suspensas. Por isso, nesta pesquisa não iremos identificar o hospital em estudo. Também utilizamos o banco de dados do SUS de acesso público, a saber: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e realizamos uma pesquisa de campo³. A fim de nos aproximarmos do real, esta pesquisa apropriou-se da abordagem qualitativa e quantitativa.

Na pesquisa de campo, foram realizadas quatro entrevistas⁴ com profissionais que possuem vinculação com o campo da saúde mental, tanto pela via da prática profissional quanto pela via da militância, política ou universidade. Desta forma, entrevistamos uma assistente social de um CAPS III do município do Rio de Janeiro e militante do Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (NEMLA- RJ), uma nutricionista e assessora técnica da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, uma psicóloga e professora de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro e uma outra psicóloga, mas já aposentada, que atuou durante anos na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, inclusive, coordenando Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Cabe assinalar que o critério utilizado para a escolha das entrevistadas tem a ver com a aproximação delas com o campo da saúde mental, e o fato de trabalharem ou já ter trabalhado com a temática da saúde mental em diferentes espaços sócio ocupacionais nos permite capturar visões distintas sobre o campo.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um termo de consentimento⁵, o qual esclarecia informações acerca da pesquisa para as entrevistadas. O termo também informava sobre a questão do sigilo profissional, enfatizando que a identidade das entrevistadas será preservada em publicações resultantes deste estudo. O termo era enviado as entrevistadas por e-mail antes da realização das entrevistas e assinado por elas, assumindo o desejo de participar da pesquisa.

A partir das entrevistas, buscou-se analisar como as profissionais percebem a Política de Saúde Mental e as internações psiquiátricas no cenário contemporâneo do município do Rio de Janeiro. Sendo assim, as entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra, e posteriormente, o conteúdo dessas entrevistas foi analisado tendo por base o método

³ Para a realização da pesquisa de campo nos baseamos em MINAYO (1993).

⁴ Ver apêndice I (Tabela com o perfil das entrevistadas).

⁵ Ver apêndice II (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

hermenêutico-dialético⁶ proposto por Minayo (1992).

Para a coleta de dados, foi elaborado previamente um roteiro⁷ com entrevistas semiestruturadas. As entrevistas ocorreram no período de março a maio de 2020, de modo remoto, através de chamada de vídeo do aplicativo WhatsApp. Infelizmente, as entrevistas não puderam ser realizadas de modo presencial em razão da disseminação global do novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Cabe destacar que a realização das entrevistas de modo remoto exigiu certo esforço por parte da pesquisadora, pois a qualidade do áudio em alguns momentos foi prejudicada devido a falhas de conexão com a internet. A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Sociais, Ciências Sociais Aplicadas, Humanas, Letras, Artes e Linguística da Universidade Federal Fluminense (CEP – Humanas UFF), tendo parecer favorável, sob o número 3.915.338⁸.

Por fim, esta dissertação foi organizada e estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo buscamos compreender as mudanças na organização do trabalho no cenário internacional a partir da fase expansiva do capitalismo maduro e suas consequências para a política social no plano nacional, sobretudo, na política de saúde brasileira através da expansão e o fortalecimento do ideário neoliberal por meio dos processos de privatização na área da saúde. Entendemos que esse debate se faz necessário para compreendermos que o ideário neoliberal e o aprofundamento das Contrarreformas do Estado também irão impactar na Política de Saúde Mental. Veremos mais à frente que as internações psiquiátricas também são potencializadas por uma Política de Saúde Mental precarizada, que sofre influências de parcerias público-privado, principalmente via contratos com Organizações Sociais (OS).

No segundo capítulo realizamos um resgate histórico acerca da construção da psiquiatria no Brasil, e as mudanças que proporcionaram o surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Desta maneira, destacamos a construção do campo da saúde mental, a instituição da Política Nacional de Saúde Mental e a criação dos serviços substitutivos.

Já no terceiro e último capítulo, abordamos a construção da política municipal de

⁶ “Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (GOMES, 1994, p.77).

⁷ Ver apêndice III (Roteiro para entrevista).

⁸ Vale esclarecer que na proposta de pesquisa aprovada o marco temporal era de 2010 a 2019, contudo, foi preciso alterar esse período devido à falta de registros de informações acerca das internações psiquiátricas no hospital em estudo. Ressalta-se que a planilha utilizada para coleta de dados começou a ser preenchida com mais fidedignidade a partir do ano de 2016, conforme relato dos funcionários administrativos do hospital.

saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, a emergência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a composição atual da rede de saúde mental. Apresentamos, ainda, a pesquisa empírica realizada no município do Rio de Janeiro, que possibilitou a realização de uma análise de questões conjunturais e organizacionais que impactam diretamente no cuidado ofertado pelos serviços substitutivos de saúde mental e contribuem para o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos. Assim, foi possível identificar também o papel que o hospital psiquiátrico ainda ocupa na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, mais especificamente na área programática 3.0.

CAPÍTULO 1 – REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, OFENSIVA NEOLIBERAL E POLÍTICA SOCIAL

Neste capítulo, pretende-se analisar as mudanças na organização do trabalho no cenário internacional proporcionada inicialmente pela fase expansiva do capitalismo maduro. Nesse momento, o modelo de produção dominante era o fordismo, que se aliou fortemente as orientações Keynesianas de pleno emprego e intervenção estatal. Desse modo, o Estado passou a ganhar destaque, ocupando posição central na administração macroeconômica, proporcionando a expansão dos direitos sociais viabilizados pelas políticas sociais. Contudo, essa fase expansiva do capital conhecida como os “anos de ouro” começa a apresentar sinais de esgotamento no final dos anos 1960 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), e a atuação do Estado passa a ser questionada pelas elites político-econômicas. Isto é, o Estado passa a ser visto como o responsável pela crise por conta dos gastos com políticas sociais. Assim, a resposta do capital à crise da década de 1970 foi uma revolução tecnológica e organizacional na produção, conhecida como reestruturação produtiva ou acumulação flexível (HARVEY, 1992). Esse momento também marca o avanço das ideias neoliberais, que irá provocar uma estagnação ou redução dos gastos sociais, impedindo a expansão das políticas sociais. Essas mudanças ocorridas no cenário internacional, também irá influenciar a política social no plano nacional, por isso, abordaremos a emergência do receituário neoliberal e suas implicações na reconfiguração da política social brasileira. Por fim, discorreremos sobre o avanço da contrarreforma do Estado na política de saúde brasileira, que se se traduz pela expansão e o fortalecimento do ideário neoliberal por meio dos processos de privatização na área da saúde.

1.1 Mundo do Trabalho e Reestruturação Produtiva no cenário internacional

No século XX, ocorreram transformações no mundo do trabalho que irão impactar tanto no plano produtivo quanto no plano político-ideológico e social dos países capitalistas centrais. Tais mudanças refletirão nas formas de organizar o trabalho, de produzir e acumular riquezas. Assim, novas políticas de gestão e novas formas de organizar o processo produtivo passam a ser implementadas.

Conforme Alves (2007), é apenas com o modo de produção capitalista que o mundo do trabalho irá se constituir. Antes disso, nas sociedades pré-capitalistas, o autor destaca que existiam mundos do trabalho (no plural), pois a forma de ser do trabalho pré-capitalista é múltipla e heteróclita em si e para si. Nesse sentido, podemos compreender que a categoria trabalho possui múltiplas determinações.

Em primeiro lugar, destaca-se a dimensão histórico-ontológica do trabalho, este sendo entendido como “intercâmbio orgânico entre o homem e a natureza” (p.76).

É o princípio ontológico constitutivo do ser social. É traço distintivo primordial da espécie *homo sapiens* diante dos demais animais superiores. Apenas o animal homem tornou-se capaz de constituir tal intercâmbio orgânico, consciente e racional, com a Natureza, no sentido de mudar as formas da matéria, constituindo objetivações que aparecem como “segunda natureza”, em sua busca pela satisfação das necessidades vitais (ALVES, 2007, p. 76).

Em segundo lugar, destaca-se a dimensão histórico-concreta da categoria trabalho, isto é, o trabalho pode ser compreendido nas diversas formas sociais que surgiram ao longo do desenvolvimento histórico, sendo definida pelas “formas de propriedade, relações sociais de produção e grau de desenvolvimento das forças produtivas sociais do trabalho” (p.82). Por isso, é possível falarmos do trabalho na Antiguidade, do trabalho no feudalismo ou ainda, do trabalho no capitalismo. Portanto, observa-se que a categoria trabalho é intrinsecamente histórica, assumindo formas particulares-concretas ao longo dos anos.

Nesse estudo, iremos nos debruçar sobre o trabalho no modo de produção capitalista. Como nos informa Alves (2007), é na sociedade burguesa que o trabalho assume sua forma categorial mais desenvolvida e complexa, conseguindo atingir o ápice do seu desenvolvimento sócio-histórico. Visto isso, o trabalho pode aparecer como “trabalho em geral”, e não mais apenas em suas formas particulares como o trabalho industrial, trabalho comercial ou trabalho agrícola.

Nas palavras de Alves (2007):

Acima de tais formas particulares da atividade do trabalho, é que podemos conceber o *trabalho em geral*, que, no caso do modo de produção capitalista, aparece como *trabalho abstrato*, a forma desenvolvida de trabalho no modo de produção capitalista. O trabalho abstrato é a forma social do trabalho em geral e da atividade de produção do capital, perpassando as múltiplas atividades sociais particulares (p.83).

No modo de produção capitalista, o trabalho humano aparece apenas como trabalho abstrato, fonte de mais-valia (lucro), não importando a atividade concreta desempenhada. Dessa forma, o trabalho abstrato pode ser visto como fonte do valor e elemento constitutivo do mundo do trabalho na modernidade do capital (ALVES, 2007). Para o autor, na Antiguidade existia mundos do trabalho, no plural, pois o trabalho concreto predominava em sua forma contingente. Já na sociedade burguesa, com o trabalho abstrato, surge o mundo do trabalho propriamente dito, no singular.

O mundo do trabalho passa por intensas transformações ao longo dos anos. No século XX, surgem as inovações fordistas-tayloristas, marcando a reestruturação produtiva do capital neste século (ALVES, 2007). Henry Ford, norte-americano, consegue implementar as determinações da Administração Científica de Frederick Winslow Taylor na fábrica fordista. De acordo com Braverman (1974), “o taylorismo pertence à cadeia de desenvolvimento dos métodos e organização do trabalho, e não ao desenvolvimento da tecnologia, no qual seu papel foi mínimo” (p.82). Sendo assim, o movimento da gerência científica iniciado por Taylor representava:

Um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão. (...) Ela parte, não obstante um ou outro protesto em contrário, não do ponto de vista humano, mas do ponto de vista do capitalista, do ponto de vista da gerência de uma força de trabalho refratária no quadro de relações sociais antagônicas. (...) Investiga não o trabalho em geral, mas a adaptação do trabalho às necessidades do capital (BRAVERMAN, 1974, p.83).

Segundo Druck (1999), para alguns estudiosos, o taylorismo representa um tipo de mecanização sem a introdução da maquinaria. Trata-se de subsumir o trabalho ao capital, através da expropriação do saber operário pelo controle efetivo do capital sobre o trabalho na forma da gerência científica, que tem como um de seus elementos centrais a separação entre trabalho manual e trabalho intelectual. Nesse contexto, surge o momento da “grande indústria”, em que se efetivava a subsunção real do trabalho ao capital (MARX apud DRUCK, 1999, p.43).

Druck (1999) ressalta que os princípios e as novas formas de gerência propostas por Taylor “tinham um conteúdo fortemente autoritário e, na sua essência, um poder de aplicação sustentado muito mais na força e na coerção e muito menos no convencimento e na busca da adesão dos trabalhadores” (p.47). Dessa forma, a autora enfatiza que o fordismo não apenas

representa a amplificação do taylorismo, sua difusão e consolidação. Mas, consegue realizar o que Taylor sabia, como fundamental, para garantir a hegemonia da gerência científica sobre outras formas de administração (DRUCK, 1999).

As inovações fordistas-tayloristas promoveram um processo de mutações sócio-organizacionais e tecnológicas que modificaram a morfologia da produção de mercadorias em vários setores da indústria e dos serviços. Assim, o fordismo e o taylorismo “foram as principais ideologias orgânicas da produção capitalista no século XX, tornando-se “modelos produtivos” do processo de racionalização do trabalho capitalista (...)” (ALVES, 2007, p.156).

É importante ressaltar que a introdução dos novos “modelos produtivos” foi lenta, desigual e combinada, perpassando a maior parte do século XX, e atingindo de forma distinta países e regiões, setores e empresas da indústria ou de serviços.

Este padrão germinado dos Estados Unidos, considerado como uma forma de trabalhar e de viver bem americana, havia se internacionalizado, mesmo se constituindo diferenciadamente em cada região ou país, inserido nas condições históricas de cada lugar, portanto, assumindo singularidades e particularidades. Mas, sem dúvida, tinha se tornado hegemônico (DRUCK, 1999, p.68).

Antunes (1995), expõe que entende o fordismo fundamentalmente como a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo do século XX, tendo como elementos constitutivos básicos a produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos. Além disso, destaca-se o controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro fordista e a produção em série taylorista. Nas instalações fordistas-tayloristas as unidades fabris eram concentradas e verticalizadas, observa-se a constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, e a existência do trabalho parcelar e a fragmentação das funções, separando de forma nítida a elaboração da execução no processo de trabalho.

Conforme Behring e Boschetti (2007), a experiência de Henry Ford se desenvolve nas primeiras décadas do século XX, entretanto, seus métodos serão de fato aplicados no segundo pós-guerra. Para as autoras, o fordismo representa não só uma mudança técnica, com a implementação da linha de montagem, mas também uma forma de regulação das relações sociais, pois Ford se interessava no controle sobre o modo de vida e de consumo dos trabalhadores.

É importante ressaltar que o fordismo se generaliza na fase madura do capitalismo,

após a segunda Guerra Mundial. Esse período é conhecido pela denominação de anos “gloriosos” ou de “ouro”, devido a intensa expansão que ocorreu nos primeiros 30 anos pós-1945, com elevadas taxas de lucros, resultando no aumento de produtividade para as empresas, como também no surgimento de políticas sociais para os trabalhadores. Behring e Boschetti (2007), vão dizer que esse momento irá propiciar a expansão dos direitos sociais, pois “é quando se ergue o Estado social nos diferentes formatos históricos que adquiriu” (p.82).

Behring e Boschetti (2007) destacam que os anos de crescimento proporcionaram elevadas taxas de lucros, assim como uma significativa melhora nas condições de vida dos trabalhadores fora da fábrica, estes passaram a ter acesso ao consumo e ao lazer antes inexistente no período anterior. Cabe sinalizar, ainda, a sensação de estabilidade no emprego sentida pelos trabalhadores, em virtude do contexto de pleno emprego keynesiano. As autoras enfatizam que a força dos trabalhadores e o novo paradigma socialista que se disseminava a leste da Europa, proporcionou o estabelecimento de um grande pacto social entre os segmentos do capital e do trabalho do setor monopolista, com sustentação do Estado, através dos governos social-democratas na Europa ocidental.

Harvey (1992) expõe que “o fordismo se aliou firmemente ao keynesianismo, e o capitalismo se dedicou a um surto de expansões internacionalistas de alcance mundial que atraiu para a sua rede inúmeras nações descolonizadas” (p.125). Para o autor, a intervenção estatal, segundo as orientações Keynesianas, levou o fordismo à sua maturidade como regime de acumulação acabado e distintivo. Nesse sentido, “o Keynesianismo e o fordismo, associados, constituem os pilares do processo de acumulação acelerada de capital no pós-1945” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.88). Segundo Harvey (1992), o receituário keynesiano entra em cena a partir das tentativas dos países capitalistas centrais em buscar arranjos institucionais, políticos e sociais para “acomodar a crônica incapacidade do capitalismo de regulamentar as condições essenciais de sua própria reprodução” (p.124). Para John Maynard Keynes, mentor do Keynesianismo, o equilíbrio econômico só pode ser alcançado através da interferência do Estado (PEREIRA, 2011). Entretanto, esse entendimento de Keynes “não significava o abandono do capitalismo ou a defesa da socialização dos meios de produção” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.84).

Segundo Keynes, cabe ao Estado, a partir de sua visão de conjunto, o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem

nos períodos de depressão como estímulo à economia (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.85).

Assim, na perspectiva keynesiana, o Estado passa a ocupar um papel central na administração macroeconômica, isto é, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Behring e Boschetti (2007) nos informam que nessa perspectiva:

(...) o bem-estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para as pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças. Nessa intervenção global, cabe, portanto, o incremento das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.86).

As autoras ressaltam que os acordos e concessões realizados entre a burguesia e o movimento operário organizado contribuiu para esse cenário de “bem-estar”, o que inclui a expansão dos direitos sociais viabilizados pelas políticas sociais. Contudo, essa possibilidade político-econômica e histórica do Welfare State⁹ implicou para o movimento operário abrir mão de um projeto mais radical, a favor de conquistas e reformas imediatas.

Entretanto, os “anos de ouro” do capitalismo regulado começam a dar sinais de esgotamento a partir de fins dos anos 1960 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Nesse contexto, as autoras colocam que:

As taxas de crescimento, a capacidade do Estado de exercer suas funções *mediadoras civilizadoras* cada vez mais amplas, a absorção das novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, não são as mesmas, contrariando as expectativas de pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas públicas e privadas crescem perigosamente... A explosão da

⁹ Boschetti (2003:62) ressalta que o termo Welfare State é uma das expressões mais utilizadas a partir de meados do século XX, para designar o “conjunto” de políticas sociais que se erigiram com base no modelo fordista-keynesiano. Segundo a autora, “apesar das “armadilhas” na tradução dos conceitos, constata-se que a “expressão” Welfare State surge e se generaliza a partir de sua utilização na Inglaterra na década de 1940, e designa uma configuração específica de políticas sociais” (p.67). Para Pereira (2011) essa denominação refere-se ao moderno modelo estatal de intervenção na economia de mercado, possibilitando o fortalecimento e a expansão do setor público e a implementação de sistemas de proteção social. Pereira também destaca que existem outras adjetivações para qualificar o Welfare State, são elas: Estado Providência, Estado Assistencial e Estado Social. Segundo Behring e Boschetti (2007), as expressões usadas para qualificar o Welfare State “são formuladas e utilizadas em cada nação para designar formas determinadas e específicas de regulação estatal na área social e econômica e muitas vezes são incorporadas ou traduzidas sem o devido cuidado na sua precisão e explicitação” (p.96). Desse modo, as autoras sinalizam que há designações que nem sempre se referem ao mesmo fenômeno e não podem ser tratadas como sinônimo de Welfare State. As autoras expõem que é o caso do termo Etat-Providence (Estado Providência), que tem origem no Estado Social na França e o designa, enquanto na Alemanha o termo utilizado é Sozialstaat, cuja tradução literal é Estado Social.

juventude em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão – catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973-1974 – foram os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à política social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital, onde nunca se realizou efetivamente (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 103).

Tendo em vista o cenário apresentado, as elites político-econômicas passaram a questionar a atuação do Estado, principalmente no que se refere aos gastos com políticas sociais, e responsabilizá-lo pela crise. Para o capital, a regulação estatal só é necessária quando é para atender seus próprios interesses, ou seja, quando proporciona o aumento da taxa de lucros.

Para Harvey (1992), o núcleo essencial do fordismo, baseado numa produção em massa, manteve-se forte até por volta de 1973. Ou seja, o fordismo é o sistema de produção dominante na indústria automobilística até o início dos anos 1970. Entretanto, Druck (1999) coloca que para a grande maioria dos estudiosos, a crise do fordismo pode ser datada no final dos anos 1960. A autora pontua que nesse período surgem vários sintomas que demonstram o esgotamento de um modo de regulação do capitalismo e de um modo de gestão e organização do processo de trabalho. Os referidos “sintomas” apontados pela autora podem ser vistos nos trechos abaixo:

Os primeiros sinais da crise ou sua primeira visualização ocorrem nos EUA. E o indicador que dá maior visibilidade à crise, tornando-se o eixo em torno do qual se discute o seu caráter, é a queda da produtividade no trabalho, o que vinha implicando crescente perda de competitividade da economia americana no mercado internacional (...).

As práticas sindicais e as manifestações nos locais de trabalho recusavam continuar contribuindo com a gestão taylorista-fordista, que impunha um trabalho parcelizado, repetitivo, fragmentado, rotinizado, e havia desqualificado e mesmo destruído o saber daqueles trabalhadores de ofício, que tinham um determinado controle e autonomia no seu trabalho. Tratava-se, na realidade, de uma resistência, cujo conteúdo político era manifestado num certo esgotamento desta forma de controle do capital sobre o trabalho (DRUCK, 1999, p.68).

Em virtude das intensas mobilizações nas fábricas e nas ruas questionando os padrões vigentes de organização econômica e sócio-política, aliada a perda de competitividade americana, e, posteriormente o choque do petróleo, em 1973, que contribuiu mais ainda para o processo inflacionário já em curso, aumentando a instabilidade dos mercados financeiros

mundiais, os EUA enfrenta uma crise fiscal estrutural, ameaçando fortemente a sua hegemonia econômica (DRUCK, 1999). É neste contexto que se evidencia nos anos 70 a crise do fordismo norte-americano.

O esgotamento da fase expansiva do capitalismo maduro ocasionou consequências devastadoras para as condições de vida e trabalho da grande maioria dos trabalhadores. Verifica-se o rompimento com o pacto dos anos de crescimento, com o pleno emprego keynesiano-fordista e com o desenho social-democrata das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Conforme as autoras, a onda longa de caráter depressivo ou de estagnação que se inicia nos anos 1970, com períodos de recuperação, mas que logo se esgotam, foi suscitada pelo encontro de:

Crises clássicas de superprodução, cujos esforços de limitação por meio do crédito perderam eficácia, em cada pequeno ciclo; contenção brusca dos rendimentos tecnológicos (poucas ou marginais invenções novas); crise do sistema imperialista (mesmo da dominação indireta dos países coloniais e semi-industrializados); crise social e política nos países imperialistas, com ascenso das lutas (a exemplo da greve dos mineiros na Inglaterra no início dos anos 1980), em função do início das políticas de austeridade; e crise de credibilidade do capitalismo, enquanto sistema capaz de garantir o pleno emprego, o nível de vida e as liberdades democráticas (BEHRING, 1998 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 118).

Na busca por soluções para resolver a crise e continuar com o seu movimento de expansão pelo planeta, o capital se vê pressionado a modificar as suas formas de gestão/controle. Diante disso, os anos 1980 foram marcados por uma revolução tecnológica e organizacional na produção, passando a vigorar o padrão de acumulação capitalista conhecido como toyotismo, ohnismo, acumulação flexível, reestruturação produtiva ou pós-fordismo.

Assim, inicia-se um processo de reestruturação produtiva, sustentado na introdução de inovações tecnológicas, como a microeletrônica, nas novas formas de organização e gestão do trabalho baseadas na “cultura da qualidade” e numa estratégia patronal que tem por objetivo cooptar e neutralizar todas as formas de organização e resistência dos trabalhadores (DRUCK, 1999). É importante ressaltar que o fordismo-taylorismo surge e se desenvolve em um momento histórico de ascensão do capital, enquanto o toyotismo se compõe no momento histórico da crise histórica do capital (ALVES, 2007).

O toyotismo surge no Japão, nos anos 1950, mas é a partir da mundialização do capital, no decorrer da década de 1980, que o toyotismo alcança dimensão universal (ALVES, 2007). Foi criado por Taiichi Ohno, engenheiro que originou o modelo na Toyota. Alves

(2007) considera o toyotismo como “novo complexo de reestruturação produtiva”, sendo mais um elemento compositivo do longo processo de racionalização da produção capitalista e de manipulação do trabalho vivo que teve origem a partir do fordismo-taylorismo. Nesse sentido, o autor coloca que o objetivo supremo do toyotismo seria impulsionar a acumulação do capital por meio do aumento da produtividade do trabalho. Portanto, o toyotismo não pretende instaurar uma sociedade racionalizada, mas apenas uma fábrica racionalizada, visando a recuperação da hegemonia do capital. É importante ressaltar que o toyotismo se desenvolve em diferentes países considerando as peculiaridades de cada região e em seu estágio de desenvolvimento coexiste com outros modelos de acumulação.

(...) o toyotismo “adaptar-se” a cada condição nacional, regional e setorial de organização (e gestão) da grande indústria e serviços capitalistas. O toyotismo *não* se constitui como “modelo puro” de organização da produção capitalista. Pelo contrário, em seu desenvolvimento complexo, tende a articular-se (e mesclar-se) com formas pretéritas de racionalização do trabalho (como o fordismo-taylorismo), momentos não-predominantes do novo regime de acumulação flexível (ALVES, 2007, p.161).

O modelo flexível de produção busca romper com o padrão fordista de produção em massa, que se destacava pela estocagem máxima de produtos e matérias primas. A lógica toyotista visa produzir somente o necessário, reduzindo os estoques (flexibilização da produção). Ou seja, a produção varia de acordo com a demanda.

Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são substituídos pela flexibilização da produção, pela especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado (...). Ensaiam-se modalidades de desconstrução industrial, buscam-se novos padrões de gestão da força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), a gestão participativa, a busca da qualidade total, são expressões visíveis não só no mundo japonês, mas em vários países de capitalismo avançado e do Terceiro Mundo industrializado. O toyotismo penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão fordista dominante, em várias partes do capitalismo globalizado (ANTUNES, 1995, p. 16).

Harvey (1992) salienta que a acumulação flexível marca um confronto direto com a rigidez do fordismo e se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. O autor salienta ainda, que a acumulação flexível, na medida em que constitui uma forma própria do capitalismo, mantém três características essenciais desse modo de produção: a ênfase no crescimento, o crescimento da

produção apoiado na exploração do trabalho vivo e a intrínseca dinâmica tecnológica e organizacional.

Coriat apud Antunes (1995) aponta quatro fases que levaram ao advento do toyotismo. A primeira fase corresponde a introdução, na indústria automobilística japonesa, da experiência do ramo têxtil, dada especialmente pela necessidade de o trabalhador operar simultaneamente com várias máquinas. A segunda fase corresponde a necessidade de a empresa responder à crise financeira, aumentando a produção sem aumentar o número de trabalhadores. Já a terceira fase refere-se à importação das técnicas de gestão dos supermercados dos EUA, que deram origem ao método Kanban, baseado na ideia de reposição das peças/produtos somente após a venda. E, por último, a quarta fase refere-se à expansão do método Kanban para as empresas subcontratadas e fornecedoras.

Segundo Antunes (1995), os traços constitutivos básicos do toyotismo são contrários aos do fordismo, pois sua produção é voltada para a demanda, suprimindo a necessidade do consumo. Este que irá determinar o que será produzido, por isso, a produção sustenta-se na existência do estoque mínimo e num processo produtivo flexível, que permita a um operário operar com várias máquinas, combinando várias tarefas simples. Dessa forma, para operar no processo produtivo exige-se maior qualificação do trabalhador, configurando-se como um trabalhador polivalente.

Sendo assim, no modelo japonês, o trabalhador desqualificado é substituído pelo trabalhador qualificado, participativo e polivalente, isto é, deveria estar apto a trabalhar em mais de uma função. O trabalhador aparece integrando uma equipe, ao invés da linha individualizada. Observa-se uma equipe de trabalhadores operando frente a um sistema de máquinas automatizadas.

Conforme Alves (2007), um dos nexos que compõe a organização toyotista é a terceirização, reflexo da produção difusa. Com isso, “a nova empresa capitalista constitui em torno de si uma rede de subcontratações” (p.170-171). Nessa direção, Antunes (1995) afirma que para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é de suma importância a flexibilização dos trabalhadores, o que irá acarretar em uma intensificação da exploração da força de trabalho e na instauração de direitos flexíveis.

O toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado. O ponto de partida básico é um número reduzido de trabalhadores e a realização de horas extras (ANTUNES, 1995, p.28).

No sistema Toyota, o controle dos trabalhadores também é fundamental, entretanto, este não é exercido de forma explícita como no fordismo, é uma espécie de controle internalizado. Alves (2007) vai chamar de “exploração do trabalhador pelo trabalhador”. Agora, a produção é controlada por grupos de trabalhadores, ou seja, o controle é exercido de cada um sobre si mesmo e sobre o outro. Tendo em vista o incentivo à competição entre os trabalhadores, cada um tende a se tornar supervisor do outro.

A Toyota trabalha com grupos de oito trabalhadores... Se apenas um deles falha, o grupo perde o aumento, portanto este último garante a produtividade assumindo o papel que antes era da chefia. O mesmo tipo de controle é feito sobre o absenteísmo (WATANABE apud ANTUNES, 1995, p. 29).

De acordo com Alves (2007), podemos compreender o sucesso do sistema Toyota a partir de importantes derrotas operárias, que contribuíram para a introdução de uma nova organização social da produção. Nessa conjuntura, verifica-se um enfraquecimento do sindicalismo combativo, abrindo espaço para a instauração do sindicalismo por empresa, surgido nos anos 1950 no Japão, vinculado ao ideário e ao universo patronal. Assim, “(...) passou de um sindicalismo de indústria, marcado por uma tradição e vontade de confronto de classe, para um sindicalismo de empresa, neocorporativo, mais disposto à cooperar com os interesses do capital (CORIAT apud ALVES, 2007, p. 162).

Os sindicatos operaram um intenso caminho de institucionalização e de crescente distanciamento dos movimentos autônomos de classe. Distanciam-se da ação, desenvolvida pelo *sindicalismo classista e pelos movimentos sociais anticapitalistas*, que visavam o controle social da produção, ação esta tão intensa em décadas anteriores, e subordinam-se à participação dentro da ordem. Tramam seus movimentos dentro dos valores fornecidos pela sociabilidade do mercado e do capital. O mundo do trabalho não encontra, em suas tendências dominantes, especialmente nos seus órgãos de representação sindicais, disposição de luta com traços anticapitalistas (ANTUNES, 1995, p.36).

A era toyotista é marcada por uma lógica mais consensual, mais envolvente, mais participativa, mais manipulatória (ANTUNES, 1995). O autor também destaca o estranhamento próprio do toyotismo, que seria dado pelo envolvimento cooptado, possibilitando ao capital apropriar-se do saber e do fazer do trabalho. Na lógica da integração toyotista, deve-se pensar e agir para o capital, visando a produtividade. Antunes (1995) nos

informa que existe uma aparente eliminação da separação entre elaboração e execução no processo de trabalho. O autor coloca como “aparente” tendo em vista que a concepção efetiva dos produtos, a decisão do que e de como produzir não pertence aos trabalhadores.

O resultado do processo de trabalho corporificado no produto permanece alheio e estranho ao produtor, preservando, sob todos os aspectos, o fetichismo da mercadoria. (...). Por isso pensamos que se possa dizer que, no universo da empresa da era da produção japonesa, vivencia-se um processo de estranhamento do ser social que trabalha, que tendencialmente se aproxima do limite. Neste preciso sentido é um estranhamento pós-fordista (ANTUNES, 1995, p.34).

Conforme Alves (2007), o cerne essencial do toyotismo é a busca do engajamento estimulado do trabalho, sobretudo, do trabalhador central, o assalariado estável. A lógica produtivista do toyotismo busca “capturar mente e corpo do trabalhador, operário ou empregado, integrando suas iniciativas afetivas-intelectuais nos objetivos da produção de mercadorias” (p.186). O autor expõe que é através da captura da subjetividade que o operário ou empregado irá operar com eficácia relativa os diferentes dispositivos técnico-organizacionais que compõem a produção fluída e difusa.

A *produção fluída* implica a adoção de dispositivos organizacionais como, por exemplo, o *just-in-time/Kanban* ou o *kaizen*, que pressupõem, por outro lado, como nexos essenciais, a fluidez subjetiva da força de trabalho, isto é, envolvimento pró-ativo do operário ou empregado (como salientamos, o nexo essencial do toyotismo é a “captura” da subjetividade do trabalho pelo capital). Além disso, o novo empreendimento capitalista implica a *produção flexível* em seus múltiplos aspectos, seja através da contratação salarial, do perfil profissional ou das novas máquinas de base microeletrônica e informacional; e a *produção difusa* significa a adoção ampliada da terceirização e das redes de subcontratação (ALVES, 2007, p.158-159).

Alves (2007, p.194) sinaliza que o toyotismo institui novas formas de exploração da força de trabalho”. Surgem novos sistemas de pagamento, como o salário por antiguidade, os bônus de produtividade ou participação nos lucros e resultados (PLR), estimulando os trabalhadores a serem “leais” às suas empresas. Além do sistema de pagamento, surge também o sistema de avaliação de desempenho que incentiva a competição entre os trabalhadores. No Japão, país capitalista onde se originou o toyotismo, foram identificados casos de morte súbita no trabalho, intitulado *karoshi*, devido ao ritmo e intensidade do trabalho.

A reestruturação produtiva também visa promover um processo de reestruturação das

gerações de trabalhadores, implicando na exclusão dos trabalhadores considerados “idosos” pelo capital. Alves (2007) expõe que a nova gestão exige “(...) a constituição de novos coletivos de trabalho vivo, novas subjetividades etárias, sem vínculos com as experiências passadas de luta ou de resistência de classe” (p.199). Neste contexto, emerge um novo mundo de colaboração e de consentimento com os ideais empresariais, onde o trabalhador passa a ser chamado de “colaborador”, instaurando uma nova linguagem empresarial. Sendo assim, empregam-se jovens com expectativas e utopias de mercado, dispostos a “colaborar” com as metas do novo capitalismo.

De acordo com Alves (2007), o toyotismo promoveu mudanças estruturais no mercado de trabalho, assim como na estrutura das qualificações profissionais. Neste cenário, percebe-se um aumento significativo do número de mulheres integrando o mercado de trabalho. Entretanto, essa expansão do trabalho feminino se dá de forma subalterna ao trabalho masculino, visto que os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores aos dos homens.

É de suma importância ressaltar que o fato do trabalhador (a) possuir qualificações não garante um emprego no mundo do trabalho. Antunes e Alves (2004) apontam os enormes níveis de desemprego, de trabalhadores (as) desempregados (as). Além da questão do desemprego, chamam a atenção para a expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado e informalizado. Uma outra tendência que vem se desenvolvendo no mundo do trabalho apontada pelos autores é a crescente expansão do trabalho no chamado “Terceiro Setor”.

A expansão desse segmento é um desdobramento direto da retração do mercado de trabalho industrial e de serviços, num quadro de desemprego estrutural. Esta forma de atividade social, movida predominantemente por valores não-mercantis, tem tido certa expansão, por meio de trabalhos realizados no interior das ONGs e de outros organismos ou associações similares. Trata-se, entretanto, de uma alternativa extremamente limitada para compensar o desemprego estrutural, não se constituindo, em nosso entendimento, numa alternativa efetiva e duradoura ao mercado de trabalho capitalista (ANTUNES; ALVES, 2004, p.339-340).

A partir de 1980, o mundo do trabalho, no capitalismo contemporâneo, sofreu intensas transformações, seja nas formas de inserção dos trabalhadores, na estrutura produtiva ou nas formas de representação sindical e política. Nesse contexto, os protocolos organizacionais e institucionais do toyotismo atingem tanto a área da indústria quanto a área de serviços, inclusive, a administração pública, que tende a incorporar os valores do neoprodutivismo

toyotista (ALVES, 2007). Por isso, o autor ressalta que o toyotismo busca se tornar um senso comum da produção de valor.

É importante também discorrer sobre o desemprego crônico e estrutural que assombrou esse período e implicou em uma posição defensiva e ainda mais corporativa dos trabalhadores formais. Assim, houve “um intenso processo de desorganização política da resistência operária e popular, quebrando a espinha dorsal dos trabalhadores, que, segundo a assertiva neoliberal, estavam com excesso de poder e privilégios, na forma dos direitos sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 124). Dessa forma, as autoras sinalizam que se inicia um período regressivo para os trabalhadores, estabelecendo uma correlação de forças desfavorável, do ponto de vista político e da luta de classes. Cabe destacar que esse período se diferencia drasticamente dos “anos de ouro”, momento anterior que proporcionou algumas reformas democráticas, como a instauração dos direitos sociais, viabilizados pelas políticas sociais. Nesse sentido, podemos caracterizar como contra-reformista esse novo período que se instaura, pois desestrutura as conquistas alcançadas anteriormente, sobretudo os direitos sociais.

Behring e Boschetti (2007) assinalam que “o período pós-1970 marca o avanço de ideais neoliberais que começam a ganhar terreno a partir da crise capitalista de 1969-1973” (p.125). Segundo as autoras, os reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação contribuíram para reforçar os argumentos neoliberais contrários ao Estado Social e o “consenso” do pós-guerra, que permitiu a instituição do Welfare State.

Anderson (1995) afirma que o neoliberalismo surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde predominava o capitalismo. O autor ressalta que o neoliberalismo configura uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar, e que suas proposições estão expressas originalmente no texto de Friedrich Hayek, *O caminho da servidão*, escrito em 1944, tendo como propósito “combater o Keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro” (ANDERSON, 1995, p.10).

O autor expõe que o ideais neoliberais não conseguiram se disseminar no contexto dos “anos de ouro” devido ao auge do capitalismo regulado, apresentando elevadas taxas de crescimento. Contudo, a partir da chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, esse cenário se modifica. Os ideais neoliberais passam a encontrar terreno fértil onde puderam avançar. Para os defensores do neoliberalismo, a crise resultava do poder excessivo e nefasto dos sindicatos e do movimento operário, pois estes eram responsáveis

pelas pressões reivindicativas que corroeram as bases de acumulação capitalista, e elevaram os gastos sociais do Estado (ANDERSON, 1995).

Ao analisar a hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais, Behring e Boschetti (2007) enfatizam que:

(...) não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.127).

Como vimos, as políticas neoliberais vigentes nos países capitalistas centrais a partir da década de 1980, provocaram uma estagnação ou redução dos gastos sociais, o que impediu a expansão das políticas sociais como no período anterior. Dessa forma, é possível perceber que a reestruturação produtiva e as mudanças na organização do trabalho estão sintonizadas com a lógica neoliberal, o que terá impactos significativos na reconfiguração das políticas sociais, contribuindo para sua restrição, seletividade e focalização. A seguir abordaremos os efeitos do neoliberalismo na política social brasileira.

1.2 Ofensiva Neoliberal e Política Social no contexto brasileiro

A emergência do projeto neoliberal no Brasil trará sérias consequências para a política social. Entretanto, antes de nos debruçarmos nesse contexto especificamente, é importante retomarmos brevemente o período da ditadura militar a fim de compreendermos a crise do capitalismo brasileiro nos anos 1970 que irá repercutir mais à frente na adoção de medidas de orientação neoliberal.

Cabe destacar que enquanto no Brasil vivia-se o contexto da ditadura militar e a expansão do “fordismo à brasileira” (SABÓIA, 1988 e 1990 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2007) por meio do chamado “milagre econômico”, no cenário internacional, como vimos no item anterior, desencadeava-se a reação burguesa à crise do capital iniciada no final dos anos 1960. Conforme Behring e Boschetti (2007), observa-se “uma aparente falta de sincronia

entre o tempo histórico brasileiro e os processos internacionais” (p.134). Contudo, as autoras apontam que:

(...) apesar da aparente ausência de sincronia, o intenso salto econômico para diante promovido pela ditadura tem a ver com um projeto de intensa internacionalização da economia brasileira, aproveitando-se da necessidade imperiosa do capital de restaurar as taxas de crescimento dos esgotados “anos de ouro”. (...). Os segmentos da burguesia local, mais uma vez profundamente associados ao capital estrangeiro, perceberam a liquidez de capitais no contexto da crise e os atraíram para o Brasil, num processo intensivo de substituição de importações, incentivado e conduzido pelo Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.135).

Sendo assim, percebe-se que a ditadura militar pós-64 alia-se ao grande capital monopolista, vislumbrando uma rápida acumulação financeira. Diante disso, o regime ditatorial passa a investir em uma economia de produção de bens de consumo duráveis, a beneficiar o capital estrangeiro e as grandes indústrias nacionais, bem como, a privatizar a economia, reduzir drasticamente os salários e estimular o inchaço do sistema financeiro (OLIVEIRA, 2011). Porém, tais medidas implementadas proporcionaram um curto ciclo expansivo (1967-1973), e após esse período, caminharam para um esgotamento do milagre brasileiro, acarretando “em uma grave crise inflacionária e recessiva que se arrastou por toda a década de 1980” (NOGUEIRA, 1998 apud OLIVEIRA, 2011, p.137). Por isso, em se tratando do plano econômico, os anos de 1980 são considerados como a década perdida.

Segundo Netto (2002) apud Oliveira (2011, p.137), podemos compreender a crise do milagre econômico como um entrecruzamento entre a crise cíclica do capital de proporções internacionais e a crise estrutural do capitalismo brasileiro que acabou se transformando numa crise política e de legitimidade do regime ditatorial. Oliveira (2011) pontua que esses fatores contribuíram para o processo de transição democrática. Em 1985, através de eleição indireta, Tancredo Neves assume a Presidência da República, porém, falece antes mesmo de tomar posse, assumindo o cargo o seu vice, José Sarney.

O Brasil, nos anos 1980, passou então pelo processo de redemocratização, e diferente de outros países da América Latina, ainda não sofria as influências da política de ajuste (BRAVO, 2009). Apesar do aprofundamento da crise econômica vivida nesse período, também é importante ressaltar que foi um período de expressiva mobilização política, de conquistas democráticas e da Constituição de 1988. Behring e Boschetti (2007) colocam que “a Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças” (p.141). Com relação

aos avanços trazidos pelo texto constitucional, destacamos a inclusão dos direitos sociais, dando ênfase para a seguridade social, os direitos humanos e políticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Diante disso, a Constituição de 1988 ficou conhecida como a “Constituição Cidadã”, caracterizada por Ulisses Guimarães.

Na entrada dos anos 1990, o Brasil enfrentava um grave quadro inflacionário que se arrastava desde os anos 1980 (OLIVEIRA, 2011). Esta situação econômica irá favorecer a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal no país (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), em consonância com a intensificação do processo de reestruturação produtiva do capital (ANTUNES, 2012).

Neste contexto, Fernando Collor de Mello assume a Presidência da República, sob clara inspiração neoliberal, e adota uma série de medidas econômicas que buscavam reverter o quadro inflacionário. Em síntese, as medidas econômicas do governo Collor tinham por objetivo:

- a) Alavancagem do processo de privatização das empresas nacionais; b) abertura econômica para capitais estrangeiros; c) retomada do processo inflacionário; d) minimização dos gastos públicos governamentais na área social, entre outras características, o que aponta seu perfeito alinhamento com as indicações feitas pelos organismos internacionais (COUTO, 2004 apud OLIVEIRA, 2011, p. 138).

Assim, Collor foi o primeiro presidente do país a tentar implementar de forma efetiva o projeto neoliberal (BRAVO; MATOS, 2001). Contudo, a era Collor chega ao fim em 1992, via impeachment, dois anos após a sua posse. Oliveira (2011, p.138) ressalta que “este governo foi marcado por escândalos, corrupção e isolamento político”. Após o impeachment de Collor, assume o seu vice-presidente Itamar Franco. Para Bravo e Matos (2001), o governo de Itamar Franco “foi um intervalo, ou mesmo, um freio ao processo de desmonte iniciado deliberadamente por Collor” (p.201). Os autores afirmam ainda que a era Itamar foi fundamental para os rumos do Brasil, pois foi neste governo que surgiu o “plano real”, “uma política monetária de valor político fortíssimo para a manutenção de um projeto político que se mantém hegemônico” (idem).

Em 1995, assume a Presidência da República Fernando Henrique Cardoso (FHC), que havia sido ministro da Fazenda no governo anterior, o que lhe conferiu certo reconhecimento e confiança pelo aparente êxito do plano real. A era FHC foi marcada por uma avassaladora campanha em torno de reformas, que teve suas origens no governo Collor (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). É válido destacar que essas reformas eram orientadas para o mercado, e

segundo seus defensores era necessário “reformular” o Estado, pois este era o principal responsável pela profunda crise econômica e social que o país enfrentava desde o início dos anos 1980.

A atual reforma está apoiada na proposta de administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia – dois fenômenos que estão impondo, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia (BRESSER PEREIRA, 1996, p.7).

Como podemos observar, a proposta de reforma do Estado trata a crise como se fosse apenas uma crise do Estado causada por sua “ineficiência” e não uma crise econômica e política (BRAVO; MATOS, 2001). Dessa forma, a reforma do Estado brasileiro foi conduzida sob a orientação do ajuste fiscal, em conformidade com as tendências internacionais. Assim, acreditava-se que:

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada –, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 148).

O projeto “reformista” defendido pelo governo FHC passa a ganhar corpo institucional a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, publicado em 1995, amplamente alinhado com as formulações do então Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira. Oliveira (2011, p.139) sinaliza que “o Plano constitui um conjunto de esforços constitucionais para a reforma do Estado”. Assim, vislumbrava uma profunda reforma administrativa e do papel do Estado como facilitador e regulador das atividades do setor privado. O Plano Diretor também destacava a adoção de formas modernas de gestão pública, com um ideal de gestão gerencial, no qual os conceitos de eficiência e eficácia são fundamentais. Ou seja, “a centralidade da reforma localiza-se na substituição da administração burocrática pela gerencial” (ibidem, 143).

Bravo e Matos (2001) sinalizam que:

O objetivo da reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a superar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do

Estado, a redução do grau de interferência do Estado, o aumento da governança e da governabilidade¹⁰ (BRAVO; MATOS, 2001, p. 206).

A Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública (SANO e ABRUCIO, 2008) visa a criação de uma cultura gerencial nas organizações que esteja orientada pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos (PDRAE/MARE, 1995). Também preza pela competitividade interna e externa, foco nos resultados, flexibilidade, desempenho crescente, bem como, o pagamento por desempenho/produtividade, e a implementação da terceirização e regimes temporários (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Compreende-se que esse tipo de gestão gerencial está afinado com os ideais do neoliberalismo e da reestruturação produtiva, pois enfatizam a flexibilização que, historicamente, vem acompanhada pela precarização, causando a insegurança do trabalhador no emprego (OLIVEIRA, 2011).

Bresser Pereira (1996) nos informa que a proposta de reforma do aparelho do Estado parte da existência de quatro setores dentro do Estado: (1) o núcleo estratégico do Estado, é composto pelo legislativo, judiciário, presidência e cúpula dos ministérios; (2) as atividades exclusivas de Estado, são aquelas em que o “poder de Estado”, ou seja, o poder de legislar, tributar, regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, é exercido; (3) os serviços não exclusivos ou competitivos do Estado, são aqueles que não devem ser privatizados (saúde, educação, cultura e pesquisa científica), contudo, a responsabilidade por eles é transferida para Organizações Públicas Não-estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS); e (4) a produção de bens e serviços para o mercado, é composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, por isso, devem ser privatizadas.

Behring e Boschetti (2007) informam que:

Alguns argumentos centrais estiveram presentes como justificativa dos processos de privatização: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.152-153).

¹⁰ Governança e Governabilidade, neologismo de palavras inglesas, significam, respectivamente, a capacidade política de governar, capacidade esta que deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas (BRESSER PEREIRA, 1997 apud BRAVO; MATOS, 2001, p. 206).

As autoras também nos revelam que o processo de privatização brasileira entregou parcela significativa do patrimônio público ao capital estrangeiro, o que levou a desnacionalização de parcela do parque industrial de base nacional, sem, em contrapartida, combater a crise fiscal e alcançar o equilíbrio das contas públicas nacionais. Ao contrário de tudo o que foi preconizado, esse processo de privatização acarretou a transferência expressiva de dinheiro para o exterior, o desemprego e o desequilíbrio da balança comercial, não reduzindo as dívidas interna e externa.

O Plano Diretor enfatiza que para a estruturação do Estado brasileiro são inadiáveis a adoção de determinadas medidas, tais como:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (PDRAE/MARE, 1995, p. 16).

Sendo assim, verificamos que tais medidas são sustentadas por orientações econômicas. O discurso de preocupação com as políticas públicas presente no Plano parece ter a intenção de deixá-lo mais aceitável socialmente (OLIVEIRA, 2011). O autor assinala que a reforma do Estado representou um ataque a Constituição de 1988, pois defendia a redução dos direitos sociais com a reforma da previdência, incentivando planos de previdência complementar (privados), ou seja, transformando direitos em mercadorias. Além disso, criticava duramente o funcionalismo público, e incentivava a terceirização da mão-de-obra, conseqüentemente a instabilidade funcional. Por isso, Oliveira (2011) expõe que:

O programa reformista implementado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso baseou-se em uma escolha pelo projeto neoliberal, primou pela privatização dos bens públicos e redução do papel do Estado. Os funcionários públicos foram escolhidos como vilões da pátria e a reforma da administração pública como a solução para os problemas e imperfeições históricas do Estado brasileiro. O Plano Diretor da Reforma do Estado fomentou a depreciação do setor público e superdimensionou o mercado financeiro (OLIVEIRA, 2011, p.144).

Neste sentido, Behring e Boschetti (2007) afirmam que a reforma do Estado idealizada por Bresser Pereira expressa na verdade uma “contra-reforma”¹¹ do Estado, pois o centro da “reforma” foi o ajuste fiscal, implicando em retrocessos das conquistas de 1988, sobretudo, em retrocessos para as políticas que compõem a seguridade social (saúde, previdência social e assistência social). As autoras enfatizam ainda que “houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” -, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social” (p.155). A diminuição da área de abrangência da ação estatal prevista pela reforma através da transferência dos serviços não-exclusivos para o setor público não-estatal via um amplo Programa de Publicização, evidencia a desresponsabilização do Estado perante a condução de políticas sociais. Este Programa prevê a:

(...) criação das agências executivas e das organizações sociais, bem como da regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um Termo de Parceria com ONGs e Instituições Filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não-remunerado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 154).

É a partir deste contexto descrito acima que surge o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: privatização, focalização/seletividade e descentralização (DRAIBE, 1993). Assim, verifica-se que os direitos sociais estão cada vez mais restritivos e reduzidos, sob a justificativa da crise fiscal do Estado que impõe a redução dos gastos sociais. Deste modo, predominam ações pontuais e compensatórias direcionadas à população mais pobre, e que são submetidas a critérios de “comprovação da pobreza”. Ou seja, essas ações afastam a sociedade brasileira de concepções universalistas de política social.

Sposati (2018) salienta que nos anos 1990, “foi dado início à opção pela orientação neoliberal nas decisões e ações do Estado brasileiro, em contraponto, com as orientações distributivas e redistributivas da CF-88” (p. 2316). A autora ressalta que essa nova direção tinha o propósito de aproximar a proteção social da condição de mais uma oferta de mercado.

¹¹ “Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista (...). Cabe lembrar que esse é um termo que ganhou sentido no debate do movimento operário socialista, ou melhor, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva melhores condições de vida e trabalho para as maiorias. Portanto, o reformismo (...) é um patrimônio da esquerda” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.149).

Ou seja, reforça a tendência de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, configurando-se aos poucos “um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital” (NETTO, 1993 apud BEHRING, 2011, p.186).

Podemos constatar que no Brasil “as políticas sociais pós Constituição não teriam criado relações sociais inteiramente desmercantilizadas” (LOBATO, 2016, p. 91). Dessa forma, fica a cargo do Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar pela sua proteção social, já os indivíduos que possuem condições, a orientação é que busquem suprir suas necessidades no mercado, reforçando a lógica do cidadão-consumidor (MOTA, 1995). Portanto, a privatização ocasiona o que as autoras Behring e Boschetti (2007) chamam de uma “dualidade discriminatória” entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços.

A partir da discussão abordada neste tópico, vimos que as condições políticas e econômicas dos anos 1990 propiciaram a implementação do “reformismo neoliberal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Deste modo, a reformatação do Estado brasileiro resultou em sérias implicações para as políticas sociais.

Andreazzi e Bravo (2014) destacam que o período que se inicia com o governo Lula, em 2003, manteve elementos importantes dos governos que o precederam a partir dos anos 1990. Neste contexto, houve uma hegemonia neoliberal que manteve as orientações da política econômica e de gestão do trabalho, contribuindo para “a abertura comercial, a desregulamentação financeira, a privatização, o ajuste fiscal e o pagamento da dívida, a redução dos direitos sociais, a desregulamentação do mercado de trabalho, a desindexação dos salários e a contrarreforma da previdência” (BOITO JR, 2003 apud ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 502). No campo das políticas sociais, verifica-se a ênfase em programas focais como o Bolsa Família.

A seguir, iremos abordar os impactos da contrarreforma do Estado especificamente na política de saúde até os dias atuais.

1.3 O Avanço da Contrarreforma do Estado na Política de Saúde Brasileira: o processo de privatização

A Política de Saúde brasileira é historicamente alvo de disputas entre projetos com interesses antagônicos. Esses projetos emergem na sociedade brasileira antes mesmo da

redemocratização e da Constituição de 1988 (BRAVO; PELAEZ, 2020). Nesse período, destacam-se o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária¹² foi construído a partir de meados dos anos 1970, tendo sido fruto de lutas e mobilizações populares e sindicais pelo direito à saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Os defensores desse projeto criticavam às limitações do modelo médico assistencial previdenciário até então vigente no país no período ditatorial, e vislumbravam a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal. Assim, o projeto tem como premissa básica a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO; MATOS, 2001). Segundo os autores, o Projeto “propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos¹³ e Conferências de Saúde¹⁴” (p.199). É importante ressaltar que na década de 1990 esse projeto foi questionado, configurando-se em uma proposta contra-hegemônica.

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) destacam que:

No contexto de crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11).

O Projeto Privatista destaca-se no cenário brasileiro em 1964, início do período ditatorial no país. Esse projeto “tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 9). Desse modo, os autores afirmam que esse projeto

¹² Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), este projeto “foi influenciado, entre outros, pelo Movimento da Reforma Sanitária Italiana, e pelo novo pensamento em saúde latino americano, que, por essa época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde-doença, o modelo da determinação social” (p. 9).

¹³ “Os Conselhos (...) não governam mas estabelecem parâmetros de interesse público para o governo, exigindo democratização das informações e transparência do uso de recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos” (CARVALHO, 1997 apud BRAVO; MATOS, 2001, p.199).

¹⁴ “Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. (...). Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal” (BRAVO; MATOS, 2004, p.32-33).

representa os interesses do setor privado nacional na área de saúde, tendo também fortes vínculos com o capital internacional, por meio de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. A partir da década de 1990, esse projeto ganha força, pois “passa a atuar também na execução de ações de saúde, substituindo o Estado no provimento de serviços através dos chamados Novos Modelos de Gestão” (ibidem, p.10).

Como vimos no item anterior, esses novos modelos de gestão surgem a partir de uma onda “reformista” consolidada com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) no governo FHC. O PDRAE além de incentivar a privatização, também preconizava a “Publicização”, isto é, a transferência da execução de determinadas atividades do setor estatal, como a saúde, para entidades do setor público não-estatal, qualificadas como Organizações Sociais (OS).

De acordo com Sano e Abrucio (2008), as primeiras Organizações Sociais (OS) foram criadas no Brasil, pelo governo federal, no ano de 1997. Os autores informam que o estado de São Paulo foi o ente federativo que mais adotou essa forma de gestão. Assim, em pouco tempo, nove entidades foram qualificadas como OS para atuar na área da saúde em São Paulo.

Conforme Lima e Bravo (2015), em 1997 o governo começou a estabelecer critérios para definir as entidades que estariam aptas a serem “parceiras do Estado” na condução da “coisa pública”. Contudo, a Lei Federal (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998), que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais só foi aprovada no Congresso no ano seguinte. Essa Lei ficou conhecida como a “Lei das OS”, em seu artigo 1º expõe que as Organizações Sociais são “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998). Para desempenhar essas atividades, as OS devem firmar “contratos de gestão” com o Poder Público (União, estados e municípios).

Um dos mecanismos básicos que facilitou a implementação das Organizações Sociais (OS) por estados e municípios foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) ou Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (BRAVO; ANDREAZZI, 2014). Rodrigues (2016) esclarece que a LRF estabeleceu limites para o gasto da administração pública com pessoal, estipulando à Receita Corrente Líquida (RCL), de 50% para o governo federal, e de 60% para estados e municípios. Com isso, possibilitou a contratação de entidades

privadas para a prestação de serviços, pois como afirma o autor, é impossível fazer política social pública sem pessoas. Sendo assim, o Estado pode repassar os recursos públicos para as Organizações Sociais, e estas podem contratar profissionais.

Percebe-se que o limite estabelecido pela LRF não reduziu o gasto com pessoal, apenas transferiu o gasto para o setor privado, que pode contratar com recursos públicos. Ou seja, não foi estabelecido limites para os gastos com serviços privados, o que fica explícito o interesse de que os governos federal, estaduais e municipais contratem as OS.

Oliveira (2015) assinala que no município do Rio de Janeiro, por exemplo, o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal não está sendo sequer alcançado. A autora expõe que em 2013, tendo como referência o orçamento detalhado da saúde no município, o gasto com pessoal esteve no valor de R\$ 1.269.982.942, totalizando 23% do orçamento. Na cidade do Rio de Janeiro, a lei municipal das OS (Lei nº 5.026) foi sancionada em 19 de maio de 2009, e regulamentada pelo decreto municipal nº 30.780, de 02 de junho de 2009, contrariando a posição do Conselho Municipal de saúde (BRAVO; ANDREAZZI, 2014).

Cabe ressaltar que as OS podem contratar funcionários sem concurso público, assim como adquirir bens e serviços sem processo licitatório, também não são obrigadas a prestar contas aos órgãos de controle internos e externos da administração pública, como os Tribunais de Contas e os Conselhos de Saúde. Rezende (apud LIMA; BRAVO, 2015), esclarece que essas são consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração da OS. Portanto, “a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários” (CORREIA; SANTOS, 2015, p.36).

Rodrigues (2016) destaca que com a implementação das OS, a lógica de gestão deixa de ser pública para ser privada. Desse modo, as unidades de saúde são administradas por entidades particulares, sob a influência da lógica de gestão por resultados, implantada pela reforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso. O autor também sinaliza que nessa forma de gestão o que se valoriza, sobretudo, é o desempenho em termos do número de atendimentos realizados e não a qualidade do cuidado de saúde às pessoas.

A normatização que rege as OS encontrou resistências da sociedade, tendo sido ajuizada uma “Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1.923/98) ” no Supremo Tribunal Federal (BRAVO; ANDREAZZI, 2014). Lima e Bravo (2015) nos informam que a Lei que regulamenta as Organizações Sociais pode ser considerada inconstitucional, pois

de acordo com a “Constituição Federal de 1988, e o arcabouço legal do SUS, através da Lei nº 8080/90 permite somente a participação complementar do setor privado no SUS, e não de forma substituta do público pelo privado” (p.59).

Correia e Santos (2015) revelam que nas unidades de saúde de estados e municípios brasileiros onde as OS foram implantadas, ocorre uma série de problemas com relação aos maiores gastos, às irregularidades e ao desvio de recursos públicos, que estão sendo apurados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Ministério Público Estadual e Federal. Ressalta-se que tais problemas se mostram contraditórios a justificativa inicial para a implantação das OS, de que estas promoveriam “maior eficiência e com menor custo”.

Morais et al. (2018), enfatizam que as Organizações Sociais da Saúde desde a sua criação, tinham o propósito de “permitir e incentivar a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado” (p.2). Entretanto, as autoras assinalam que “o caráter declarado de não-lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode esconder seus claros interesses econômicos, materializados via isenções de impostos e outros subsídios estatais, bem como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos (idem).

Posteriormente, além das Organizações Sociais, surgem outros modelos de gestão na área da saúde, tais como: as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Cooperativas¹⁵ (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) informam que é possível apontar um terceiro projeto na área da saúde, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que se consolida nos governos petistas. Segundo os autores, esse projeto “adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país” (p.10). Assim, os autores colocam que:

Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de

¹⁵ Cabe informar que as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Cooperativas não serão abordadas neste estudo.

rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO, 2013 apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.10).

Nos governos presididos pelo Partido dos Trabalhadores (PT), foi possível perceber “uma continuidade nas diretrizes da contrarreforma do Estado de Bresser Pereira, de 1995, reeditadas em variadas formas nas políticas de privatização da gestão de unidades públicas de saúde” (GRANEMAN, 2007 apud BRAVO; ANDREAZZI, 2014, p. 502). Bravo et al (2018) assinalam que algumas propostas desse governo buscaram dar ênfase na Reforma Sanitária, entretanto, não houve vontade política e financiamento para concretizá-las. Assim, verificou-se a manutenção das políticas focais, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, a falta de democratização do acesso, a articulação com o mercado e a política de ajuste fiscal.

A introdução de novos mecanismos institucionais nos governos petistas ficou sob a responsabilidade do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), que publicou no ano de 2003, o documento “Gestão Pública para um Brasil de Todos: Plano de Gestão para o Governo Lula” (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Conforme as autoras, diferente do plano publicado no governo anterior, que preconizava um Estado regulador e financiador, o Plano do governo Lula assumiu o compromisso de um “Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar” (BRASIL, 2003 apud SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.147). Entretanto, as autoras expõem que:

A incapacidade do Estado em assegurar os direitos civis e sociais básicos é tratada, nesse documento, em termos de déficit institucional, consequência de uma trajetória histórica que produziu um Estado sem uma estrutura coesa, possibilitando a atuação de entes não estatais (Idem).

Sendo assim, observa-se que os governos do PT também favoreceram a atuação de entes não estatais na condução das políticas públicas, sobretudo, na área da saúde. Em 2004, com a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro, ganhou força o debate sobre novos mecanismos institucionais (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Diante desse contexto, “as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), modelo jurídico-institucional da administração pública indireta, são propostas pelo MPOG como alternativa para responder aos impasses identificados” (p.147).

Silva et al (2015), nos revelam que às Organizações Sociais (OS) e às Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), se destacaram no cenário nacional:

(...) como modelos jurídico-institucionais preconizados nos documentos oficiais e adotados por estados e municípios, que justificam sua implementação pelas dificuldades encontradas na área de gestão de serviços de saúde (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.147).

Segundo as autoras, as OS e as FEDP possuem trajetórias distintas no campo da saúde, o que está diretamente relacionado ao contexto político-institucional de surgimento dessas entidades. Dessa forma, os projetos reformistas dos quais as OS e as FEDP têm origem influenciaram na implementação desses modelos de gestão. Para as autoras, o maior amadurecimento do projeto reformista do governo FHC pode ter contribuído para uma maior disseminação do modelo OS.

(...) a onda reformista de cunho gerencialista inspirou o governo FHC, que buscou instituir um conjunto de regras formais que balizassem a implementação desse modelo de gestão. As legislações que permitem a qualificação de entidades como OS fazem parte dessas regras (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.156).

Já o documento produzido no governo Lula, intitulado “Gestão Pública para um Brasil de Todos: Plano de Gestão para o Governo Lula”, não conseguiu dar sustentação ao projeto inicial das FEDP, o que pode ter contribuído para sua baixa adesão ou aceitação. As autoras também informam que nos estados brasileiros há um número maior de legislações referentes a qualificação de OS do que sobre a criação de FEDP, o que pode ser explicado devido ao fato das OS possuírem um arcabouço legal mais consolidado do que as FEDP.

A legislação federal das OS, aprovada desde 1998, estabelece um desenho institucional que serve de modelo para a formulação de leis estaduais e municipais. Já o Projeto de Lei 92/2007 das FEDP, por se tratar de uma lei complementar que busca definir as áreas de atuação da entidade, pouco delimita o modelo organizacional das Fundações. Tal fato pode criar incertezas quanto a essa entidade e quanto ao seu *modus operandi* específico. Além disso, o referido projeto até o momento não foi aprovado no Congresso Nacional (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p. 156).

Assim como as OS, as FEDP são entidades financiadas pelo Poder Público a partir de contrato de gestão, “mecanismo que localiza o Estado no lugar de financiador e regulador das metas pactuadas” (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p. 156). Entretanto, no caso das OS, o Estado regula um ente não estatal, que foi qualificado por este para atuar como OS.

Já no caso das FEDP, o Estado regula o próprio Estado, pois se trata de um ente criado por ele próprio com base em lei específica, localizando-se na administração pública indireta (idem). Nesse sentido, as autoras colocam que:

A análise dos marcos legais evidencia que as OS apresentam maior proximidade com o setor privado, por se tratar de uma entidade fora da administração pública criada por pessoa jurídica privada. As Fundações, por sua vez, são entidades da administração pública indireta, criadas pelo Estado, que em tese estabeleceriam mais nitidamente a separação entre o público e o privado, com a minimização dos interesses particulares, principalmente no que se refere à contratação de pessoal, realizada nas FEDP por meio de concurso público (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p. 158).

Vale Ressaltar que as OS e as FEDP, não possuem mecanismos democráticos que possibilitem a ampliação da participação social e garantam a defesa dos interesses da população na área da saúde (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Embora as OS tenham surgido como proposta do governo FHC, considerado um governo com viés social-liberal, que defendia a transferência da execução de parte de suas atividades para um ente fora da administração pública, foi no governo do Partido dos Trabalhadores (PT) que esse tipo de gestão se proliferou na esfera pública. Ou seja, a disseminação das OS ocorreu justamente em um governo que tinha como propósito inicial, explícito em seu plano de governo, um “Estado atuante”. Assim, o governo do PT frustrou as expectativas de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, dando continuidade a polarização dos distintos projetos existentes na área da saúde (BRAVO, 2009).

Com o advento do governo Temer, podemos observar um aprofundamento das contrarreformas do Estado, através da continuidade do processo de privatização e da aceleração do processo de desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Assim, dentre as principais propostas que irão impactar na área da saúde, destacamos: o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a criação de planos de saúde acessíveis, retrocessos na Política de Saúde Mental¹⁶ e

¹⁶ “Com relação à Política de Saúde Mental, têm sido propostas alterações avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.16).

mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁷ entre outras.

Diante disso, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que:

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Desse modo, suas propostas buscam favorecer o setor empresarial de saúde, estabelecendo articulações que visem a modificação da política de saúde. Nesta direção, é divulgado no ano de 2017 o documento intitulado “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), “este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil” (p.16). As autoras ressaltam que esse grupo propõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, por meio de um novo modelo de governança¹⁸ que possa ampliar a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na elaboração das políticas de saúde. Também visam fortalecer as parcerias público-privadas, via OS.

O atual governo Bolsonaro, prossegue com as contrarreformas iniciadas no governo Temer, como por exemplo, a proposta central de Reforma da Previdência¹⁹, que foi

¹⁷ “Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite, composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 31/08/2017, ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, realizada em um curtíssimo espaço de tempo. Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS)” (Idem).

¹⁸ “Como propostas para a governança apresenta novas modalidades de Conselho e Conferências, que consiste em Conselhos formados por especialistas e ligados ao gabinete dos prefeitos, o que consideram mais estratégicos que os Conselhos Municipais de Saúde. Nacionalmente deveria ser criado um Conselho Executivo, também formado por especialistas, com o poder de definir estratégias” (MATIAS, 2016 apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.17).

¹⁹ Conforme Bravo e Pelaez (2020), “a proposta de Reforma da Previdência é pior que a do governo anterior. O texto da PEC prevê a obrigatoriedade de idade mínima de 65 anos para homens e 62 para mulheres se aposentarem. Prevê, ainda, que quem quiser receber 100% do benefício terá de trabalhar 40 anos e cria um sistema de capitalização, havendo mudança da proposta que antes era de repartição. Há também a proposta de desconstitucionalização da aposentadoria e demais medidas, passando a ser por lei complementar, com maior facilidade de passar no Congresso. A proposição, aprovada pelo Congresso, retirou o sistema de capitalização” (p.194).

apresentada ao Congresso Nacional em fevereiro de 2019, e promulgada em novembro do mesmo ano. Segundo Bravo e Pelaez (2020), “as três características básicas do atual governo são: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social” (p.195).

O Programa de Governo Bolsonaro, expresso no documento intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018), apresenta “grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS” (BRAVO e PELAEZ, 2020, p.199). Contudo, o documento deixa explícito a defesa da privatização, “como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (idem).

No próximo capítulo, abordaremos a trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, destacando as principais mudanças ocorridas nessa Política, tanto os avanços quanto os ataques e retrocessos vividos recentemente, que tem por influência o aprofundamento das contrarreformas do Estado que vimos nesse tópico.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Neste capítulo será abordado o histórico da construção da psiquiatria no Brasil, bem como, as profundas mudanças ocorridas ao longo dos anos que suscitaram no surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que caracterizou uma radical ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, de cunho asilar, até então predominante, possibilitando a construção de um novo paradigma científico, ético e político. Assim, apresentaremos a construção do campo da saúde mental, assim como, a instituição da Política Nacional de Saúde Mental e a criação dos serviços substitutivos. Em seguida, discorreremos sobre o modelo de atenção psicossocial proposto pela RPB, a clínica ampliada e a Rede de Atenção Psicossocial.

2.1 Breve Panorama da Constituição da Psiquiatria no Brasil

No Brasil, a organização da assistência às pessoas em sofrimento psíquico foi constituída inicialmente a partir do modelo de tratamento de referência francesa, inspirado na perspectiva pineliana²⁰, conhecido como “psiquiatria tradicional”. De acordo com Amarante (2007, p.30), Philippe Pinel fundou “os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral”.

Pinel acreditava que as causas da alienação mental²¹ estavam presentes no meio social. Por isso, tinha como proposta o tratamento asilar, onde os indivíduos pudessem ser submetidos a um regime de completo isolamento do mundo exterior a fim de evitar o contato com as “causas” que pudessem prejudicá-lo, e assim, serem observados e estudados para a consolidação do diagnóstico mais preciso. Para Pinel o tratamento asilar não significava a perda da liberdade, pelo contrário, através do tratamento era possível restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. Sendo assim, “o isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a “alienação em seu estado puro” para conhecê-la livre de quaisquer interferências” (AMARANTE, 2007, p. 31). Dessa forma, “o manicômio foi assumido como lugar de cura, superando a perspectiva de isolamento que marcava a existência anterior dessas instituições” (GOMES, 2014, p.118).

Em síntese, o tratamento moral:

consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica. (...). Dentre as mais importantes estratégias do tratamento moral estava o que Pinel denominava ‘trabalho terapêutico’. (...), e o trabalho seria, portanto, um meio de reeducação das

²⁰ Conforme Amarante (2007), Philippe Pinel foi um importante médico, que ficou conhecido como o “pai da psiquiatria”, sucessora do alienismo (ciência pioneira no estudo do que atualmente se conhece como transtornos mentais). Em 1793, passou a dirigir o Hospital de Bicêtre, em Paris, e posteriormente trabalhou no La Salpêtrière. Pinel participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa; compondo o grupo conhecido como os ideólogos, que buscavam “a base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo da História Natural” (p.28).

²¹ “Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. (...), o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’. (...) Alienação, perda da Razão, irracionalidade, animalidade” (AMARANTE, 2007, p. 30-31).

mentes desregradas e das paixões incontroláveis (AMARANTE, 2007, p. 33).

Pinel buscava compreender a alienação, e não o processo que o alienado vivenciava. Ou seja, sua análise era centrada na simplificação da “doença” em seus sintomas. Nesse sentido, “para conhecer a alienação é mister observar os sintomas, o que está na exterioridade, o que é simples, o que é quantificável, para daí deduzir o que é a “doença”, o que está no interior, na essência, o que é a norma, o que é complexo” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.140).

O trabalho desenvolvido por Pinel “representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica)²², e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos” (AMARANTE, 1995, p.26). Desse modo, “os loucos permanecem enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico” (AMARANTE, 2007, p.35).

Os hospícios tinham por finalidade manter a “ordem social”, através do isolamento era possível “prevenir a sociedade dos males que os alienados lhe podem causar” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.140). Além disso, o isolamento era visto como condição que possibilitava ao olhar médico conhecer a loucura, vislumbrando a curabilidade da alienação. Assim, “o alienado deve ser afastado de sua família, de sua cidade, de seu território, para ser reeducado entre-muros, para que lhe seja devolvida a sua condição de humano” (idem). Ou seja, era necessário “excluir” aquilo que se pretendia “incluir”.

Dessa forma, a loucura era institucionalizada, e vista como risco e periculosidade social, e aos médicos cabia à ordenação do espaço hospitalar. Portanto, “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (AMARANTE, 1995, p.26). Segundo Resende (1987), alguns autores consideram à reforma de Pinel uma profunda mudança no tratamento aos loucos, já outros autores afirmam que “os reformadores do século XVIII nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações” (p.26).

²² “Durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de ‘hospedaria’. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica” (AMARANTE, 1995, p.24).

Entretanto, Amarante (2007) nos informa que o alienismo pineliano ganhou o mundo, sobretudo, em decorrência do contexto de seu surgimento, a Revolução Francesa, que tinha em seu bojo os princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários. E, “após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados de toda a história, vários hospitais de alienados foram criados nos mais diferentes países, reproduzindo os princípios e as estratégias adotadas e estimuladas por Philippe Pinel” (p.36). Ressalta-se que devido ao pioneirismo de Pinel, muitos dos hospitais criados levavam o seu nome.

No Brasil, o primeiro hospício foi inaugurado no Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, em 1852, pelo próprio imperador D. Pedro II, o hospício recebeu o seu próprio nome – Hospício Pedro II. Conforme Resende (1987, p.37), o hospício “tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo o império”. O autor enfatiza ainda que ao inaugurar, o hospício já abrigava 144 doentes, número que se elevou rapidamente até atingir a lotação completa pouco mais de um ano depois. A direção do hospital era subordinada à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o que era motivo de críticas por parte dos médicos, pois estes estavam excluídos da direção do hospital, e reivindicavam um projeto assistencial científico.

A loucura no Brasil só passou a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. Ou seja, a loucura foi socialmente ignorada por quase trezentos anos. As primeiras instituições psiquiátricas surgem em meio a um contexto de modernização da cidade e reordenamento do espaço urbano. Diante desse cenário, o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades passou a representar uma ameaça à ordem pública e à paz social, sendo a medicina convocada a participar desse processo de mudança na organização da cidade como instância de controle social dos indivíduos e da população.

Em 1830, é criada uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, e, através dessa comissão é realizado um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. A recém-criada Sociedade de Medicina também apoia os protestos contra os maus tratos que sofriam os loucos, e enfatiza a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 1987).

Amarante (1994) sinaliza que:

É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua

reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento. O relator da Comissão, Dr. Cruz Jobim, profere a palavra de ordem que reivindica para a medicina o delegatório sobre a loucura, escrevendo desta forma o destino da psiquiatria brasileira: um hospício para os loucos! (AMARANTE, 1994, p.74).

Em sua análise acerca desse período, Resende (1987) coloca que o hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência tinha uma função exclusivamente segregadora:

Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como pobres; mas, entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de “raça pura”, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho (RESENDE, 1987, p. 39).

Os indivíduos internados, além de serem submetidos ao isolamento, também eram vítimas de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes, assim como a falta de assistência médica.

Com a Proclamação da República, em 1889, a psiquiatria encontra um terreno fértil para a sua modernização, pois “os alienistas compartilham dos ideais positivistas e republicanos e aspiram ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1994, p.75). Nesse contexto, os médicos demandam a medicalização do hospício, e que a sua direção seja ocupada pelo poder médico, tendo assim, uma organização embasada por princípios técnicos.

A partir de então, com a chegada dos republicanos ao poder, em 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, e passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Posteriormente, é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, sendo a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República (AMARANTE, 1994). Teixeira Brandão, médico psiquiatra, foi o primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados e da recém-nascida Assistência Médico-Legal aos Alienados do Rio de Janeiro. Em sua gestão, tem-se uma ampliação dos asilos, é criada a primeira

cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina, assim como é criada a primeira escola de enfermagem.

No âmbito da assistência, tendo em vista a busca da psiquiatria por uma reorganização da assistência psiquiátrica no país, são criadas as duas primeiras colônias de alienados²³, também conhecidas como colônias agrícolas. Para Amarante (2007), a proposta de criação das colônias pode ser vista como uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica. Assim, “a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado pelos muros do asilo” (AMARANTE, 1994, p.76).

Resende (1987) pontua que as colônias agrícolas encontraram um ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento, uma vez que “as necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ‘ao normal’ a tradicional moleza do brasileiro” (p. 47).

O autor citado ressalta que em torno do projeto das colônias se tinham algumas expectativas. A primeira refere-se à expectativa de que as colônias pudessem dar conta dos resíduos de doentes crônicos produzidos pelas instituições asilares urbanas, como os hospitais psiquiátricos, que viviam superlotados. A segunda refere-se à expectativa de que as colônias pudessem ofertar assistência integral ao “doente mental”, em todas as fases da evolução de sua doença. Assim como, “tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil” (p.51).

Sendo assim, as colônias buscavam recriar artificialmente em seu interior o ambiente rural pré-capitalista. Entretanto, ao sair da colônia, os “doentes” se deparavam com uma realidade completamente distinta do “modelo idílico de sociedade rural” (RESENDE, 1987). Como

²³ “(...), construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. (...). Os alienistas brasileiros do século XX, (...), foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria ‘o meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’. As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro” (AMARANTE, 2007, p. 39-40). “Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias que, por sua vez, são baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a Padroeira dos Insanos. A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar” (AMARANTE, 1994, p.76).

bem coloca o autor, “num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornara-se um anacronismo” (p.55).

Nas colônias era possível encontrar desde pacientes crônicos até “as doenças como a de moças namoradeiras que foram desvirginadas e desonradas, crianças que se tornaram órfãs, mendigos ou arruaceiros que, pela intermediação de um chefe político local ou um delegado de polícia, encontraram no encaminhamento ao hospício a solução definitiva” (RESENDE, 1987, p. 52).

É importante destacar que o modelo das colônias agrícolas em um curto período de tempo se espalhou por todo o país, com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal por 27 anos, sendo destituído do cargo pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas. Durante essa gestão, “tem continuidade a criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. Essa legitimação dá um passo importante com a promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados” (AMARANTE, 1994, p.77). Por sua trajetória profissional, Juliano Moreira ficou conhecido como o Mestre da Psiquiatria brasileira, trazendo para o país a escola psiquiátrica alemã, que assume o lugar ocupado pela até então escola francesa.

No Rio de Janeiro, com Rodrigues Alves na presidência, em 1902, com Juliano Moreira na direção da Assistência Médico-Legal aos alienados, em 1903, e, paralelamente, com Oswaldo Cruz na direção dos serviços de saúde pública, inicia-se entre a saúde pública e a psiquiatria a “tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade” (RESENDE, 1987, p.45). Machado et al (1978) e Cunha (1986) também nos informam que o alienismo participou diretamente da construção da sociedade brasileira do século XIX e início do século XX, a partir do seu projeto de organização do espaço urbano e da manutenção da ordem social.

Durante o período que se conclui em 1920, assiste-se o desenvolvimento da psiquiatria com expressiva ampliação do espaço asilar. Neste período, é criada na cidade do Rio de Janeiro a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911), destinada a mulheres indigentes, e são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá²⁴ e as obras do

²⁴ É inaugurada em 1924, destinada a homens indigentes. Os internos das Colônias de São Bento e Conde de Mesquita foram transferidos para essa recém-criada colônia, sendo as primeiras colônias extintas. Em 1935, a Colônia de Jacarepaguá passa a se chamar Colônia Juliano Moreira.

Manicômio Judiciário²⁵ (AMARANTE, 1994). Segundo Yasui (2006), a maior parte dos hospícios brasileiros são construídos em lugares distantes do centro urbano da cidade. “Concretizam na sua arquitetura e na sua localização uma de suas principais funções: a exclusão de indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social” (p.116).

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), pelo psiquiatra Gustavo Riedel. Segundo Costa (2007), “o objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (p.45). Entretanto, a partir de 1926, a LBHM se distancia de um dos seus objetivos iniciais, que era a melhora da assistência aos “doentes mentais” e se aproxima de ações visando a prevenção, a eugenia²⁶ e a educação junto aos indivíduos “normais”. Neste contexto, a psiquiatria colocava-se em defesa do Estado, e reivindicava um maior poder de intervenção junto às diversas instâncias do social, sobretudo, a família. Cunha (1989) ressalta que “para a garantia do bom funcionamento da nação, era necessário preservar e defender a família – base de todo o edifício de ‘ordem e progresso’ a ser construído pela nova ordem política” (p.135).

No ano de 1927, foi criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (Rio de Janeiro, capital do Brasil até 1960), encarregado de coordenar os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro. No entanto, esta instituição foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde em 1930. Nos anos 30, a psiquiatria afirmava a descoberta de uma possível cura para as “doenças mentais”, surgem nesse período, o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as labotomias (AMARANTE, 1994). O autor ressalta que essas técnicas substituíram a malarioterapia e o descabido empirismo. Em 1934, foi promulgado o Decreto 24.559²⁷ que respaldava a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.

Mais tarde, nas décadas de 1940 e 1950, com a gestão de Adauto Botelho, houve uma tendência de proliferação radical das colônias. “Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos (AMARANTE, 2007, p.40). Salienta-se que as colônias não romperam com as práticas reproduzidas nos asilos tradicionais, como o isolamento e os maus tratos. Os internos também

²⁵ É inaugurado em 1921, pelo psiquiatra Heitor Carrilho, se encarrega dos doentes mentais que cometem delitos.

²⁶ Conforme Costa (2007), “eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis, que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto físicas quanto mentalmente” (p.49).

²⁷ Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

viviam em condições precárias e sofriam com a superlotação. O modelo de assistência baseado nas colônias, via no tratamento a possibilidade do resgate da razão através do resgate da liberdade. Por isso, Amarante (1994) afirma que as colônias são uma atualização dos princípios da psiquiatria asilar. Para o autor, “na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos” (p.27).

Em meados da década de 40, o Hospício Nacional de Alienados, encontrava-se superlotado e decadente, tendo sido seus internos gradualmente transferidos da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde abrigava novas instalações, com a ampliação de vagas e os modernos centros cirúrgicos para as “promissoras labotomias” (AMARANTE, 1994).

A partir das duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, possibilitando condições para outro período de transformações psiquiátricas. Nesse contexto, surgem “variadas experiências de reformas psiquiátricas²⁸, dentre as quais destacam-se as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, de psiquiatria de setor, de psiquiatria preventiva e comunitária, de antipsiquiatria, de psiquiatria democrática” (AMARANTE, 1994, p.79).

Na década de 50, ocorre o processo de psiquiatrização, com o surgimento dos primeiros neurolépticos, remédios desenvolvidos para o tratamento de sintomas psicóticos (alucinações e delírios). Ao longo dessa década, também se inicia a criação de estabelecimentos psiquiátricos privados e filantrópicos no Brasil, que irá se intensificar na década seguinte. Observa-se nesse período, o início da “transformação da saúde em produto de consumo, em mercadoria, não [sendo] exclusividade da psiquiatria, mas parte de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário” (YASUI, 2006, p.27).

Na década de 60, “a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria” (AMARANTE, 1994, p.79). De acordo com Resende (1987), a partir do golpe militar de 1964, a psiquiatria passa a adquirir o status de prática assistencial de massa. Nesse período, o Estado estabelece convênios com o setor privado através do Instituto

²⁸ “Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos (...)” (AMARANTE, 1994, p.79). Para maior aprofundamento acerca das experiências de reformas psiquiátricas no mundo, ver Amarante (2007).

Nacional de Previdência Social, criado em 1967, alegando que por “razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda” (RESENDE, 1987, p.61). Diante disso, ocorreu um significativo aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, sobretudo, nos grandes centros urbanos (AMARANTE, 1994). O autor também nos informa que a Previdência Social chegou a destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar privada. Verifica-se nesse período, um grande marco divisório entre a assistência prestada às pessoas sem vínculo trabalhista e às pessoas com vínculo de trabalho. Salienta-se que às pessoas sem vínculo com a previdência, eram atendidas em hospitais da rede pública, que se encontravam em precárias condições.

Entre 1965/1970, com uma rede ambulatorial incipiente, e encaminhadora de pacientes para a internação, houve um intenso fluxo de internações nos hospitais psiquiátricos da rede privada. Destaca-se que nessa época, as internações ocorriam sem controle, assim como o tempo de sua duração. Resende (1987) expõe que o tempo médio de permanência na rede privada chegou a mais de três meses. O autor ressalta ainda que:

(...) enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000. (...). Observou-se ainda uma subversão no tradicional perfil nosológico da clientela dos hospitais psiquiátricos; neuróticos e alcoolistas se faziam agora representar em proporções expressivas (RESENDE, 1987, p.61).

Paulin e Turato (2004) sinalizam que nessa época descrita acima, a situação da assistência psiquiátrica no país era alarmante: “mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. (...). O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades” (p.250). Conforme os autores, ao dar prioridade à compra de serviços dos hospitais do setor privado, a política previdenciária ocasionou um déficit financeiro, exigindo da Previdência Social “soluções saneadoras para melhor utilização da rede pública e modernização de suas unidades” (idem).

Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos — CPAP-GBM —, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado. A comissão formada por profissionais, entre eles Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando a

racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços. O relatório do grupo de trabalho, aprovado em 1970 e publicado no ano seguinte, apresentou um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica local, com o setor ambulatorial totalmente deturpado, funcionando principalmente como encaminhador de laudos para internação, e o hospital se consagrando como o grande e único agente terapêutico eficaz. Além do levantamento, a comissão indicou propostas de melhoria da assistência, lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana. O trabalho desenvolvido pela CPAP-GB repercutiu intensamente, de tal forma que, em 1971, praticamente a mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil: *o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica*²⁹ (PAULIN; TURATO, 2004, p.250 grifo do autor).

Neste contexto, “começaram a surgir diversos documentos oriundos de encontros nacionais e internacionais, que apontavam para uma necessária mudança no modelo da assistência em saúde e em saúde mental” (YASUI, 2006, p.28). O autor destaca que esses documentos apresentavam algumas semelhanças com as propostas da Reforma Psiquiátrica que se iniciaria posteriormente, a saber: “crítica ao modelo hospitalocêntrico, participação da comunidade nos serviços, revisão da legislação psiquiátrica, criação e diversificação de novos serviços, ampliação da rede extra-hospitalar” (p.30). Entretanto, com uma diferença significativa: “eles integravam um esforço internacional de implantar uma medicina de caráter preventivo, que na psiquiatria irá se concretizar mais claramente com o projeto norte americano da psiquiatria preventiva” (idem).

Nos anos 1970, observa-se o crescimento da insatisfação popular com o regime militar autocrático, daí decorre o surgimento de inúmeros movimentos sociais de oposição à ditadura militar. Os cidadãos passam a “problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho” (AMARANTE, 1995, p.89). Nesta conjuntura, os movimentos populares emergentes, passaram a intensificar as críticas ao modelo de saúde até então vigente, e foi possível a criação de uma marcante produção científica centrada “na crítica do modelo vigente, nas

²⁹ Segundo Paulin e Turato (2004), esse manual foi “aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o manual privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares. Seu intuito era recuperar rapidamente o paciente para que ele voltasse às suas atividades normais. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial. Os princípios técnico-administrativos baseavam-se nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal” (p.250-251).

denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de uma nova política de saúde efetivamente democrática” (NORONHA E LEVCOVITZ apud YASUI, 2006, p.33).

Assim, “institui-se a partir deste quadro uma agenda reformista do setor saúde formulada e consolidada ao longo dos anos 70, sob a liderança das forças políticas democráticas tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação do sistema de saúde” (idem). Logo, estava sendo constituído o movimento pela reforma sanitária, que tinha como principais demandas: “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.25).

No bojo desses acontecimentos, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que “assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que incluiu torturas, corrupções e fraudes” (AMARANTE, 1995, p.90). Cabe destacar que foi nesta conjuntura desfavorável do golpe militar de 1964 que a “Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começam a se apresentar, no cenário nacional, como um processo não apenas de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas como um projeto de redemocratização” (YASUI, 2006, p.33). Ressalta-se que embora os dois movimentos tenham agendas de lutas em comum, principalmente no que tange ao direito à saúde pública gratuita e de qualidade, surgiram particularidades na constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) devido à influência ídeo-política da Reforma Psiquiátrica Italiana.

2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e os Serviços Substitutivos

De acordo com Amarante (1995), o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem como estopim o episódio que ficou conhecido como a ‘Crise da DINSAM’, em 1978. A DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde, do subsetor saúde mental. Era integradas a este órgão quatro instituições de saúde, ambas situadas no Rio de Janeiro, a saber: Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Neste contexto, os profissionais vinculados às quatro instituições da DINSAM

deflagram greve mediante as precárias condições de trabalho na época, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. Contudo, a crise da DINSAM se iniciou, especificamente, a partir da denúncia³⁰ de três médicos bolsistas do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), “ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital” (p.52).

A DINSAM, que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar ‘bolsistas’ com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os ‘bolsistas’ são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995, p.52).

Diante desse cenário e a partir dessas primeiras iniciativas de luta, passaram a serem organizados encontros, que reuniam trabalhadores da saúde, associações de classe, assim como entidades e setores mais amplos da sociedade, dando origem ao Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que se constitui como um importante espaço de luta não institucional, visando o debate e o encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica vigente (AMARANTE, 1995).

No campo jurídico-político, também se inicia um processo de mudanças legislativas, no final da década de 80 e início dos anos 1990. Surgem inúmeros projetos de lei municipais e estaduais que visavam à regulamentação dos direitos dos usuários da saúde mental. Ainda nos anos 80, o Ministério da saúde redigiu o documento, *Diretrizes para a área de Saúde Mental* (DINSAM/MS, 1980), que tinha como diretriz a substituição do modelo assistencial até então vigente, por um mais abrangente.

Segundo Amarante (1995), o auge do contexto reformista sanitário e psiquiátrico ocorreu em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência se distingue radicalmente das anteriores, tendo em vista o seu caráter de consulta e participação popular, envolvendo representantes de vários setores da

³⁰ “Este ato, que poderia limitar-se apenas a repercussões locais e esvaziar-se, acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES. Sucodem-se reuniões periódicas em grupos, comissões, assembleias, ocupando espaços de sindicatos e demais entidades da sociedade civil. Neste movimento, são organizados o Núcleo de Saúde Mental, do Sindicato dos Médicos, já sob a primeira gestão do REME, e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacionais. As amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa” (AMARANTE, 1995, p.52).

comunidade. O autor enfatiza que “uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização” (p.77).

A oitava CNS foi convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, em julho de 1985, e realizada a partir de março do ano seguinte, reunindo diferentes setores da sociedade. Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade. Entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.25).

Vale ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu após uma intensa mobilização de diferentes atores e segmentos sociais, profissionais, e representantes de usuários. Em seu relatório final, expôs os princípios e diretrizes que iriam constituir o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta conferência representa também um marco para o subsetor saúde mental, pois a partir dela foi proposta a realização de conferências de temas específicos, incluído assim, a saúde mental. Dessa forma, a I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada no período de 25 a 28 de junho de 1987, na cidade do Rio de Janeiro. Salienta-se que essa conferência encontrou muitas dificuldades para sua efetivação, pois o Ministério da Saúde apresentou muita resistência à sua convocação. Tal fato tem relação com a orientação político-ideológica da direção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que se diferia significativamente da orientação do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM).

Ante este impasse, a DINSAM, com a participação da ABP³¹, decide marcar a data da I CNSM para junho de 1987. Neste cenário de impasse, a realização da I CNSM se faz em um clima de embate. Na sessão de instalação da conferência, o MTSM decide rejeitar o regimento e o estatuto, assim como a nomeação prévia da comissão de redação e o pré-relatório final, elaborado anteriormente ao início da conferência. A DINSAM e a ABP recuam e o MTSM passa a encaminhar a conferência, introduzindo os grupos de trabalho, deliberando quanto às decisões e encaminhamentos e elegendo a composição das comissões (AMARANTE, 1995, p.70).

³¹ Associação Brasileira de Psiquiatria.

O relatório final da I CNSM foi o primeiro documento brasileiro oficial a abordar a questão da saúde mental em uma perspectiva de luta de interesses de classes, bem como, “alinhavou argumentos que produziram as bases para as propostas e experiências práticas que viriam, na seqüência, exercitar outras lógicas contrárias à asilar” (YASUI, 2006, p.38).

Amarante (1994) informa que a partir da I CNSM, novos atores passaram a integrar o cenário de mobilizações no campo saúde mental: os usuários e seus familiares. A entrada desses novos atores no cenário de luta contribuiu para a organização e criação de entidades que os representassem, assim surgiu: a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) – RJ, a Associação Franco Basaglia – SP, a Associação Franco Rotelli – Santos, entre outras. “As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental” (YASUI, 2006, p.44). Diante disso, a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser uma preocupação somente dos profissionais da saúde mental, passando a alcançar o espaço das cidades, das instituições e a vida dos cidadãos.

Nos intervalos e bastidores da I CNSM, os trabalhadores articularam a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores. Este Congresso ocorreu nos dias 3 a 6 de dezembro de 1987, na cidade de Bauru³², contou com a presença de 350 trabalhadores de saúde mental. O Congresso contou também com a presença de lideranças municipais, técnicos, usuários, familiares e estudantes, em um clima de muito entusiasmo e participação. Foi nesse Congresso de Bauru que foi instituído o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O lema “apesar de seu apelo negativo (no sentido de uma sociedade sem e não com alguma coisa nova), retoma a questão da violência da instituição psiquiátrica e ganha as ruas, a imprensa, a opinião pública” (AMARANTE, 1995, p.95). Dentre as deliberações, uma estabeleceu o dia 18 de maio como sendo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Cabe mencionar que esse Congresso também produziu e aprovou em sua plenária um importante documento: O Manifesto de Bauru.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma

³² A cidade de Bauru foi escolhida “pelo fato de estar sob uma administração progressista, inclusive com expressivas lideranças do Partido dos Trabalhadores à frente da Secretaria Municipal de Saúde, o que facilitava, política e administrativamente, a realização do evento” (AMARANTE, 1995, p.80-81).

aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida (MANIFESTO DE BAURU *apud* YASUI, 2006, p.40).

No encerramento do Congresso foi realizada uma passeata pelas ruas de Bauru, e distribuído o Manifesto, um dos momentos mais significativos que, reuniu mais de trezentas pessoas pedindo a extinção dos manicômios. Esse contexto marcou o nascimento de um novo movimento: O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A partir daquele Congresso, este nascente movimento, talvez a face mais politicamente ativa da Reforma Psiquiátrica, organizou-se em vários Estados e caminhou para uma articulação nacional. O Movimento da Luta Antimanicomial buscou manter ao longo dos anos uma singular e importante peculiaridade: a de existir como um movimento, sem se tornar uma instituição, não há uma sede, ficha de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, preta de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos, lugares (YASUI, 2006, p. 40-41).

Em 1989, dois acontecimentos marcaram a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). O primeiro foi a intervenção, pela Secretaria de Saúde do Município de Santos, na Casa de Saúde Anchieta – um hospício privado que possuía mais de 500 pessoas internadas. Essa intervenção ocorreu em função das barbaridades que lá aconteciam, incluindo mortes dos pacientes que estavam internados. A partir dessa experiência “foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial” (AMARANTE, 1995, p.83).

Construiu-se uma rede territorial constituída por: NAPS, unidades de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e 7 dias na semana e que respondiam à demanda de Saúde Mental em sua área de abrangência; o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo ser retaguarda do sistema na atenção à crise e urgência/emergência, em particular no período noturno; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; o Centro de Convivência TAM-TAM, iniciado a partir da Rádio TAM-TAM, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; e o Lar Abrigado – “República Manoel da Silva Neto”, moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados, com debilidades clínicas e físicas

importantes (YASUI, 2006, p.41-42).

Com a grande repercussão da experiência de “desmontagem de uma estrutura manicomial” iniciada em Santos, o outro fato importante que ocorreu nesse período foi o surgimento do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Este Projeto propôs a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados no país, bem como, sua substituição por outros serviços. As principais mudanças no campo jurídico-político se iniciaram a partir deste Projeto de Lei. Visto isso, outros estados elaboraram e aprovaram Projetos de Lei com o mesmo objetivo, a saber: o Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte.

Entretanto, é importante ressaltar que o Projeto de Lei 3.657/89 tramitou durante 12 anos no Senado Federal até a sua aprovação em 16 de abril de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Cabe mencionar também que o texto desse Projeto de Lei não foi aprovado em sua íntegra. A proposta original previa a “extinção dos manicômios”, já o texto aprovado mantém a estrutura manicomial existente, apenas impedindo a criação de novos hospícios. Ainda que com essas limitações, a Lei nº 10.216/2001 representa um avanço para o campo da saúde mental. A lei anterior, datada de 1934, “estava comprometida em defender a sociedade da convivência e dos “perigos inerentes” ao comportamento das pessoas com transtorno mental” (GOMES, 2014, p.195).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1994, p.87). Um importante conceito surgido para a RPB é o de desinstitucionalização, formulado no contexto da Reforma Democrática Italiana, cuja principal referência foi Franco Basaglia³³. Vale sinalizar que a experiência italiana de

³³ Franco Basaglia foi um importante psiquiatra italiano que liderou um processo de transformação dos hospitais psiquiátricos nas cidades de Gorizia e Trieste, na Itália. Basaglia “passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p.56). Seu trabalho influenciou decisivamente a aprovação da Lei nº 180, conhecida como Lei Basaglia, que determinou o fechamento dos manicômios no

desinstitucionalização foi a única que conseguiu de fato extinguir todos os hospitais psiquiátricos e substituí-los por serviços de base territorial. Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização italiana não se reduz a uma mera desospitalização tal como ocorreu nos Estados Unidos e na Europa. O autor destaca que:

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, 2001, p. 18).

Nas palavras de Amarante (1995), a desinstitucionalização significa:

(...) tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização (...) é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro (AMARANTE, 1995, p.493-494).

Nesse sentido, a RPB visa à superação do hospital psiquiátrico através da criação de serviços substitutivos que possam fornecer o cuidado no território, junto dos familiares e de toda a rede de suporte social. Assim, o indivíduo em sofrimento psíquico deve ser visto como um cidadão que possui vontades, desejos e direitos, entre eles, a livre circulação pela cidade.

Amarante (2007) define a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que se constituiu a partir do entrelaçamento de quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Conforme o autor, essas dimensões “ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (p.63).

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica refere-se ao campo da produção de

território italiano. A experiência italiana influenciou vários países na direção de uma reforma psiquiátrica, a produção de Basaglia é referência teórica e prática para a RPB.

saberes, trazendo reflexões a respeito da desconstrução dos conceitos fundantes do saber psiquiátrico. Amarante (2007) informa que a psiquiatria surge em um contexto em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro e autônomo. Ao longo dos anos foram produzidas novas noções e conceitos em torno do saber psiquiátrico. Na experiência brasileira, as transformações se iniciaram a partir do questionamento da centralidade do hospício como modelo de tratamento e da psiquiatria como saber hegemônico, tendo forte influência teórica e prática do psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Uma das principais proposições de Basaglia, inspirada na filosofia fenomenológica de Edmund Husserl, foi a de “colocar a doença entre parênteses”. Para o autor, é importante se ocupar do sujeito em sua experiência de sofrimento psíquico e não da doença. Ou seja, “trata-se de uma inversão da operação produzida pela racionalidade positivista da psiquiatria que colocou o sujeito entre parênteses e se limitou à definição das síndromes” (YASUI, 2006, p.99). Amarante (2007) sinaliza que:

(...) a doença entre parênteses não significa a negação da existência da ‘doença’, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007, p.67).

A dimensão técnico-assistencial refere-se à construção de uma nova organização da rede de serviços assistenciais, visando a superação do manicômio como modelo de tratamento e propondo o cuidado no território. Ou seja, é um constante movimento entre a prática e a teoria, buscando a construção de novas práticas que possibilite a criação de “espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida” (YASUI, 2006, p.98).

Já a dimensão jurídico-política refere-se à revisão de toda a legislação, isto é, mudanças das leis, a fim de dar voz ao sujeito em sofrimento psíquico, propiciando direitos e o exercício da cidadania. Um passo importante para esse movimento de transformação legislativa e social foi a aprovação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a “Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica”, já mencionada anteriormente neste trabalho. Para Amarante (2009), essa dimensão “rediscute e redefine as relações civis em torno da cidadania, de direitos

humanos e sociais” (p.2). Apesar da importância dessa dimensão, “não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. (...). É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (AMARANTE, 2007, p.71).

A dimensão sociocultural, por sua vez, refere-se à transformação do imaginário social sobre a loucura. Portanto, é uma dimensão estratégica e uma das mais criativas. Possibilita o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, permitindo reflexões sobre o tema da loucura a partir da produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários, entre outros). Essa dimensão foi concretizada através de inúmeras estratégias, como por exemplo: a instituição do Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio), neste dia e mesmo nos dias próximos à data, são realizadas atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, em todo o país; a criação de blocos carnavalescos; a criação de projetos de economia solidária; a criação de projetos culturais e esportivos, entre outras estratégias.

Assim, essas quatro dimensões compõem o campo da saúde mental e da atenção psicossocial³⁴, assim como, classificam as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No Brasil, a efetivação da RPB inicia-se a partir da criação de serviços substitutivos e territoriais para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, sendo regulamentados pela Lei nº 10.216, com vistas à superação do modelo asilar³⁵, à produção de direitos e à invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.72). Nesse cenário, surgem os CAPS³⁶ (Centro de Atenção Psicossocial), que são serviços regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde, com a finalidade de

³⁴ A Atenção Psicossocial é uma nova forma de ofertar o cuidado em saúde mental, tendo como fundamento as dimensões destacadas por Amarante (2007).

³⁵ Utilizamos o termo “modelo asilar” para nos referirmos ao modelo de tratamento baseado no enclausuramento ofertado pelos hospícios, estes considerados instituições totais (GOFFMAN, 1961). Segundo Goffman (1961), toda instituição tem tendências de “fechamento”, embora algumas mais do que outras. O autor sinaliza que uma instituição é considerada total quando existe uma “barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (p.16).

³⁶ Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS. CAPS I: serviço de atenção psicossocial para adultos com capacidade para atendimento em territórios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II: serviço de atenção psicossocial para adultos com capacidade para atendimento em territórios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III: serviço de atenção psicossocial com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 200.000 habitantes. Estes serviços funcionam diariamente, inclusive aos finais de semana, durante 24 horas. CAPSi II: serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 200.000 habitantes. CAPS AD II: serviço de atenção psicossocial para transtornos decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 70.000 habitantes.

substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos. Os CAPS são serviços de atenção diária, situados na comunidade, com funcionamento de portas abertas e segundo a lógica do território³⁷, se distinguindo radicalmente do modelo asilar.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial inaugurado no Brasil foi o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, no ano de 1987, e gerido pela Secretaria Estadual de Saúde. Este CAPS funcionava em regime de atenção diária, de segunda a sexta, oito horas por dia. O surgimento desse CAPS “passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país” (AMARANTE, 1995, p.82).

Vale ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³⁸ não é composta somente por CAPS, mas por outros tipos de serviços, tais como: as residências terapêuticas, os centros de convivência, hospitais-gerais, cooperativas, entre outros.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é o mais recente dispositivo criado no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo de suma importância para o processo de desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Conforme Amorim e Dimenstein (2007):

O Ministério da Saúde indica que a criação de serviços residenciais terapêuticos é imprescindível para a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por que estes serviços visam a oferecer condições de vida para aqueles com histórico de longas internações psiquiátricas, moradores de rua e egressos de instituições penais e manicômios judiciários, ou seja, pessoas com vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes. Para tanto, a Portaria nº 106/2000 estabelece a vinculação de cada SRT a um serviço de referência, que se configura como local de tratamento para os seus moradores. Este serviço de referência pode ser um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um serviço ambulatorial especializado em saúde mental ou ainda uma equipe de saúde da família com apoio matricial em saúde mental (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007, 196).

É importante salientar que a estratégia de implementação progressiva desses serviços foi primordial para o desmonte da lógica manicomial, possibilitando assim, o fechamento de

³⁷ Neste trabalho, o conceito de território supera a noção de uma delimitação geográfica. Entendemos o território como uma “força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. (...). O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de “saúde mental”, mas de reprodução de vida, de subjetividades” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.145).

³⁸ Conforme a portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde, “fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

leitos psiquiátricos e até mesmo de hospitais. Contudo, cabe destacar que essas mudanças na política nacional de saúde mental não se efetivaram sem represálias ou enfrentamentos por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), da Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais (AFMD)³⁹ e dos donos de clínicas psiquiátricas privadas. Ou seja, a saúde mental se constitui como um campo de disputas, de múltiplos interesses em jogo. Vale lembrar que a internação psiquiátrica esteve no rol daquelas mais lucrativas para as clínicas de caráter privado, fortalecendo a “indústria da loucura”.

É válido enfatizar que os avanços conquistados no campo da saúde mental também foram possíveis graças ao ativismo do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). O MNLA nasce no ano de 1987, no seio do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. Conforme Duarte (2010):

O MNLA constitui-se, portanto, como um importante movimento social na sociedade brasileira, na medida em que se organiza e se articula tendo em vista transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade. Extrapolando o âmbito da psiquiatria, o movimento busca desinstitucionalizar as relações sociais em geral. Suas ações e lutas estão direcionadas e vêm impactando as diferentes dimensões da vida social, principalmente, na cultura (DUARTE, 2010, p.142).

O primeiro encontro do Movimento Nacional aconteceu no ano de 1993, na cidade de Salvador (BA). O lema foi ‘O Movimento Antimanicomial como movimento social’, que passou a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Em 2001, foi realizado o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceu na cidade de Miguel Pereira (Rio de Janeiro), onde se deflagrou a ‘crise do movimento’. Segundo Duarte (2010), “as propostas de dois grupos sobre a forma de representação interna e sua organização, levaram o movimento nacional a sofrer uma cisão (...)” (p.141). Após o rompimento, surgiu a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Diante disso, o Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social existente na luta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, mas “é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo” (AMARANTE, 2008, p.742).

³⁹ “Para esses grupos, a reforma psiquiátrica nunca foi viável, pois, para eles, ocorre uma desresponsabilização em relação ao “tratamento psiquiátrico” das pessoas em sofrimento psíquico, consideradas por eles sujeitos incapazes. Além disso, esse discurso centra-se no poder médico, tendo a psiquiatria o único saber/poder que pode proporcionar o “tratamento” e a internação é a estratégia central e de melhor qualidade” (PASSOS, 2016, p.147).

No campo da saúde mental e da atenção psicossocial, o cuidado⁴⁰ ofertado pelos novos dispositivos tem sido pensado e executado de forma distinta ao do manicômio. Essa nova forma de operar o cuidado implica também em uma mudança na compreensão do processo saúde-doença, assim como na relação com o sujeito como objeto de intervenção. De acordo com Amarante (2003), a atenção psicossocial:

vai se definindo por (...) novos dispositivos que trabalham pela transformação radical dos modelos institucionais e da ética em que se pautam (...). Desse modo, é possível indicar que configura um campo capaz de congregiar e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao modo asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão (AMARANTE, 2003, p.34).

Nesse sentido, “o modelo biomédico e suas relações centradas na medicalização, na hierarquia e na padronização dos corpos foi substituído por valores pautados no acolhimento, na responsabilização e no vínculo” (PASSOS, 2016, p.153).

A efetivação do cuidado em saúde mental requer o acolhimento e a construção de vínculos afetivos e profissionais com os usuários, ou seja, que as pessoas em sofrimento psíquico se sintam realmente ouvidas, acolhidas e cuidadas. Para que isso ocorra, os profissionais da saúde mental precisam ‘responsabilizar-se’ pelos usuários que estão sendo cuidados. Assim, a produção do cuidado é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (...) (AMARANTE, 2007, p.82).

Dessa forma, o ato de cuidar em saúde remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro (YASUI, 2006). Para o autor, “o cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz” (p.111). Sendo assim, para olhar e ouvir a pessoa em sofrimento psíquico é importante reconhecê-la como um sujeito, e não como um objeto. Nesse sentido, o cuidado implica acolhimento e acarreta uma responsabilização e construção de vínculos.

⁴⁰ De acordo com Passos (2016), o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial refere-se a um novo modelo de “tratamento”. Entretanto, assim como a autora, não utilizamos a terminologia “tratamento” por considerar o sofrimento psíquico como experiência-sofrimento e não como doença mental. “Ao reconhecer que o indivíduo tem um sofrimento psíquico grave identifica-se a demanda pelo cuidado como necessidade ontológica, uma vez que ele não consegue estar em sociedade sem esse suporte” (p.153).

Por meio do acolhimento os usuários são inseridos nos dispositivos de saúde mental tendo por base os critérios⁴¹ de acessibilidade. “A noção de acolhimento pode ser compreendida como um processo “intercessor” (...) e atributo das práticas clínicas em saúde mental, realizadas por qualquer membro da equipe” (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.94).

Para ser acolhido é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar ao serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção que considere aquele que busca nossa “hospitalidade” em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato é uma atitude (YASUI, 2006, p.130).

Este é um momento inicial e crucial para o acompanhamento em saúde mental, pois é estabelecido um contrato no qual é explicitado o projeto terapêutico a ser seguido pelo usuário. A construção desse projeto é feita em conjunto (técnicos, usuários e família), com possibilidade de modificações ao longo do processo de acompanhamento. No momento do acolhimento é preciso ter uma atenção à fala dos usuários, estabelecer uma escuta qualificada, de modo a possibilitar um atendimento humanizado no sentido de acolher o sofrimento do outro. Diante disso, a equipe se responsabiliza pelo cuidado, mesmo que o usuário não permaneça naquele dispositivo de saúde mental.

Segundo Silveira e Vieira (2005), ao buscar o delineamento e a delimitação do conceito de acolhimento como prática, é de suma importância considerar duas concepções primordiais a este campo: a responsabilização e o vínculo.

O conceito de responsabilização refere-se à noção de “tomada de responsabilidade” por parte do serviço pela saúde mental da população de toda a área territorial de sua referência. Este conceito de responsabilização pela demanda do território foi inspirado na experiência do Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana. Sendo assim, “a responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador dos novos modos de atenção em construção” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.129). De acordo com a Portaria n° 336/02 (BRASIL, 2002), os CAPS devem se responsabilizar pela coordenação e pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território. Nesse sentido, o território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental. “Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo na promoção da saúde mental na localidade” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.129).

⁴¹ Em geral, esses critérios são estabelecidos de acordo com a gravidade do caso. Assim, um usuário em sofrimento psíquico pode ser inserido em um CAPS ou ser encaminhado para um ambulatório de saúde mental, ou ainda, para a atenção básica (Clínica da Família).

O conceito de vínculo refere-se a um “processo de vinculação, ou seja, [é um] movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação imbuída por sentimentos de mútua confiança” (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.95). No processo de cuidado em saúde, esse conceito conectado à concepção de acolhimento, possibilita o comprometimento e a responsabilização de toda a equipe com o sofrimento dos usuários, tanto de forma individual quanto coletiva. Desse modo, os vínculos são construídos a partir da escuta e responsabilização entre os sujeitos. Também podemos definir vínculo como “a circulação de afeto entre as pessoas a partir da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio de outros” (CAMPOS, 2003, p.28).

Outro conceito também muito utilizado no campo da saúde mental é o conceito de rede. Conforme Mângia e Muramoto (2005), o uso da metodologia de redes tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidados, tendo em vista que estas funcionam como suporte e apoio no fortalecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. Cabe destacar que o conceito de rede é amplo e possui muitos significados.

De acordo com Boccacin apud Sanicola (2015), “o conceito de rede, tanto no singular quanto no plural, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a “forma” das relações sociais” (p.21).

Segundo Sanicola, “o conceito de rede indica um “objeto” que cria uma relação entre pontos mediante ligações entre eles que, cruzando-se, são amarradas e formam malhas de maior ou menor densidade. No ponto de ligação, ou seja, no nó e por meio do nó, acontecem trocas sinérgicas” (idem). A autora também pontua que, ao falarmos de intervenção de rede, consideramos as redes sociais como forma das relações sociais. Nesse sentido, suas características e elementos distintivos as dividem em duas grandes categorias: as redes primárias e as redes secundárias formais e informais.

Guadalupe (2016, p.54) salienta que os conceitos de rede primária e de rede secundária assentam basicamente no tipo de vínculos relacionais existentes entre os membros da rede social, embora muitos outros aspectos os distingam. Mas podem identificar-se outras nomenclaturas que seguem a mesma lógica, tais como as redes naturais e artificiais ou as redes de primeira e segunda ordem.

Conforme Sanicola (2015), as redes primárias são constituídas por laços de família, parentesco, amizade, vizinhança e trabalho. Nesse tipo de rede, os vínculos são essencialmente de natureza afetiva, podendo estes assumir uma carga positiva ou negativa,

não havendo qualquer sentido de obrigação ou formalidade na relação. Este tipo de rede funciona como um “núcleo duro”, responsável pela maioria das funções de suporte social e onde identificamos as fontes de nutrição emocional, justamente por isso, nelas que situamos o maior nível de conflitualidade (GUADALUPE, 2016).

Já as redes secundárias formais são constituídas pelos laços que se estabelecem entre instituições, organizações do mercado e organizações do terceiro setor. A autora assinala ainda que existem também as redes secundárias informais, que são um desdobramento das redes primárias. Essas redes informais são constituídas por laços que se estabelecem entre pessoas visando à resposta a uma necessidade imediata, como por exemplo, os grupos informais de ajuda mútua. Muitas vezes, essas redes se desmancham quando a necessidade é eliminada ou, ao contrário, se estabilizam e adquirem uma forma mais estruturada e formal, geralmente de cunho associativo.

As novas práticas em saúde mental são norteadas por esses conceitos, ou seja, o trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial requer outros enfoques, bem como, outros conteúdos éticos, políticos e teóricos. Daí decorre a noção de clínica ampliada adotada pela Reforma Psiquiátrica, e pautada no princípio de uma nova ética do cuidado em saúde mental. Cabe destacar que essa noção se distingue dos princípios da clínica médica, pois não está centrada na doença e no tratamento medicamentoso, ao contrário, supera o entendimento biologista e incorpora outros saberes, disciplinas e práticas socioculturais. O processo saúde-doença é entendido “como resultante de uma multiplicidade de aspectos sociais, políticas, econômicas, históricas, culturais, etc” (YASUI, 2006, p.143). Para Onocko-Campos e Furtado (2006), a clínica ampliada é “centrada no sujeito e inseparável tanto das formas de organização dos processos de trabalho, quanto das maneiras de habitar a polis, isto é, a política” (p.1055).

Sendo assim, a Política Nacional de Saúde Mental e a de Humanização do SUS, adotadas pelo Ministério da Saúde, são norteadas pela noção de clínica ampliada, assim como, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088/2011, “é mais um dos mecanismos normativos para a institucionalização da reforma psiquiátrica” (COE; DUARTE, 2017, p.90).

Essa rede temática⁴² tem como diretriz a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e, em particular, no que se refere à problemática de álcool e

⁴² “As redes temáticas de atenção à saúde são organizadas pelo conjunto de serviços que podem potencializar o cuidado contínuo e qualificado, admitindo particularidades e aspectos específicos que podem exigir diferentes ofertas assistenciais. As redes prioritárias temáticas são: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

drogas pela perspectiva de redução de danos, buscando-se o cuidado territorial, humanizado e integral, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e familiares. A efetivação das diretrizes e dos objetivos da RAPS se faz, a princípio, pela ação dos sujeitos e dos pontos de atenção diversos, se conectando, em dependência e em função dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada usuário, seja no cuidado clínico, psicossocial, seja em uma intervenção cultural em um determinado território. Assim, a RAPS tem uma dimensão normativo-institucional e outra operacional, prática, concreta (...) (COE; DUARTE, 2017, p.90).

Dessa forma, a RAPS propõe a integralidade das ações de saúde mental através da articulação entre diferentes serviços, como o CAPS, a Atenção Básica, os serviços de urgência e emergência, os serviços residenciais, a atenção hospitalar e as iniciativas de reabilitação psicossocial (geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

No ano de 2013, na cidade de Pinhais, Paraná, foi realizado o I Encontro Nacional da RAPS, com o lema “Reci-pró-cidade na Diferença”. Esse encontro apontava e questionava os retrocessos presentes na RAPS, como o “financiamento público às Comunidades Terapêuticas para o cuidado das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, seguindo a perspectiva das políticas proibicionistas e coercitivas” (COE; DUARTE, 2017, p.93). Como resultado desse encontro, foi produzida a Carta de Pinhais, uma publicação que advertia sobre os rumos da política pública de saúde mental. Diante disso, ressaltamos que o campo da saúde mental passou por profundas modificações que possibilitaram a construção do modelo de atenção psicossocial, entretanto, esse campo não está isento de retrocessos, que são defendidos por setores conservadores.

O CAPS ocupa um lugar estratégico na RAPS, pois se constitui como um serviço de extrema importância para a superação do modelo asilar. De acordo com Yasui (2006, p.144):

(...) o CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais.

Assim, os CAPS desempenham o papel de organizadores da rede de cuidados no território em que estão inseridos. Yasui (2006) pontua que, “devemos entender a organização da rede de cuidados em duas dimensões: a primeira se refere à rede de serviços de saúde existentes no território (...) [e] a segunda dimensão refere-se a uma rede a ser tecida, ativando os diferentes recursos existentes no território que possam ser utilizados, estabelecendo alianças com outros setores e segmentos sociais” (p.144).

Dessa forma, o trabalho desenvolvido pelo CAPS caminha na direção da integralidade do cuidado em saúde. O cuidado do usuário em sofrimento psíquico não deve ser prestado de forma fragmentada, ou seja, se restringir apenas aos serviços de saúde mental, mas sim estar articulado com outros serviços, direcionando-se para uma mudança nas relações, o que significa defender e atuar na construção de uma sociedade igualitária e cuidadora.

2.3 Ataques e Retrocessos: a (re) manicomialização da saúde mental

Como vimos no tópico anterior, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contribuiu com grandes avanços para a modificação da assistência em saúde mental. Entretanto, é importante enfatizar que esses avanços conquistados através da RPB têm sido ameaçados por retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental.

De acordo com Passos (2017), a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial sempre foram alvos de represálias, questionamentos e oposições. Contudo, até o ano de 2015, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, era representada por pessoas que fizeram parte da organização e construção da reforma psiquiátrica antimanicomial. Ainda assim, alguns retrocessos foram implementados, como a introdução formal das Comunidades Terapêuticas como integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), passando a receber financiamento do orçamento público, garantidos a partir da publicação das Portarias nº 3088/2011 e nº 131/2012. Guimarães e Rosa (2019) pontuam que as Comunidades Terapêuticas não atendem às exigências para serem consideradas um serviço de saúde, pois atuam na perspectiva manicomial, com viés religioso, e não possuem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental. Entretanto, no Brasil, essas instituições são regulamentadas por lei e compõem a política pública de drogas do país.

Verifica-se que além das CTs financiadas pelo Estado, há aquelas que se mantêm por conta própria, algumas que recebem financiamento de igrejas da região e outras que cobram

até mesmo mensalidades dos usuários (MAISANO, 2014 apud PASSOS et al., 2020). Conforme as autoras, o tratamento oferecido nestas instituições se baseia no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade. Pontua-se que essas instituições recuperam elementos constitutivos do tratamento moral presente na psiquiatria tradicional.

Nas CTs, o trabalho é visto como terapia e empregado de forma não remunerada e insalubre. Há casos em que os usuários são punidos e castigados por se recusarem a desempenhar o trabalho, conforme aponta o relatório de inspeção em Comunidades Terapêuticas realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (Idem). Ou seja, o trabalho requer disciplina, e os usuários considerados “indisciplinados” são punidos e castigados. A maior parte das CTs são de matriz religiosa e muitas dessas instituições, sobretudo as pentecostais, atuam com base na crença de que somente a religião é capaz de livrar os usuários do pecado que é o uso prejudicial de álcool e outras drogas (TARGINO, 2017 apud PASSOS et al., 2020). Em síntese, essas instituições possuem caráter asilar, apresentam tempo excessivo de internação e violam os direitos humanos. Portanto, divergem dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e instituídos pela Lei N° 10.2016/2001 (BRASIL, 2001).

A direção nacional da política durante a gestão de Roberto Tykanori (2011-2015), último Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde reconhecido como “antimanicomial”, foi norteadada pela perspectiva de Reforma Psiquiátrica “simpática”⁴³ às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial (PASSOS, 2017). Com isso, “abandona-se a radicalidade antimanicomial para permitir a adesão indiscriminada de propostas neoliberais e conservadoras” (p. 68). Entretanto, os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental vão ganhar maiores proporções a partir do golpe parlamentar de 2016. Nas palavras de Delgado (2019):

As medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016, no governo Temer, e aprofundadas nos primeiros meses do governo Bolsonaro, e seu impacto em alguns indicadores da política de saúde mental, permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019, p.1).

Passos (2017) nos informa que no final de 2015, houve uma articulação política para tentar evitar o golpe parlamentar, ocasionando assim, a “dança das cadeiras”, que implicou na

⁴³ Passos (2017) afirma que no campo da saúde mental existem pelo menos três projetos em disputa, são eles: 1°) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2°) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional; 3°) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial (p.58).

mudança de gestão no Ministério da Saúde e suas respectivas coordenações das políticas setoriais. Neste momento, pela primeira vez, assume a gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental um psiquiatra conservador contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica em curso no país. A nomeação de Valencius Wurch provocou revolta e indignação nos militantes antimanicomiais, visto que o recém-nomeado Coordenador Nacional da Saúde Mental já tinha sido diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina (Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi-RJ) e também havia sido contrário ao projeto de Lei que deu origem a Lei 10.216/2001.

Em decorrência dessa nomeação, travou-se a luta denominada “Fora Valencius”, quando militantes da luta antimanicomial ocuparam a sala do Coordenador Nacional da Saúde mental por 120 dias, sendo retirados à força pela Polícia Federal por conta do pedido de reintegração de posse. Em menos de um mês dessa desocupação, Valencius foi exonerado do cargo, mais precisamente no dia 09 de maio de 2016. Passos (2017) sinaliza que essa exoneração não foi devido à pressão dos militantes e movimentos antimanicomiais, mas pelos interesses políticos que estavam em jogo no cenário do pós-impeachment.

Em fevereiro de 2017, o médico Quirino Cordeiro Junior é nomeado como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Tal nomeação já apontava a direção política dessa gestão. Visto que, o então Coordenador Nacional da Saúde Mental defende o retorno do modelo asilar. Ou seja, podemos dizer que a direção política de sua gestão é centrada na manutenção da perspectiva manicomial tradicional.

Entre os dias 08 e 09 de dezembro de 2017, na cidade de Bauru, São Paulo, foi realizado o “Encontro de 30 anos da Carta de Bauru”. Esse evento reuniu mais de 2.000 usuários, familiares, trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental e ativistas de direitos humanos, que tinham por objetivo comemorar o modelo de atenção psicossocial e a criação dos serviços substitutivos em oposição ao modelo manicomial centrado no isolamento social. Após esse Encontro, o Ministério da Saúde em aliança com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), disparou ataques a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Conforme Correia et al (2019, p.2), desde o final de 2016, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira vem sofrendo, por intermédio de portarias e resoluções do Ministério da Saúde (MS), árduas intervenções, as quais têm provocado uma série de

retrocessos nas políticas públicas de atenção e cuidado destinadas às pessoas em sofrimento mental.

O governo de Michel Temer, com sua base de sustentação no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, tanto com os setores conservadores como com o corporativismo médico, manobra e impõe uma “nova” política de saúde mental no Brasil (DUARTE, 2018, p.235). Em outubro de 2016, foi publicada a Portaria nº 1.482/2016 que reafirma as Comunidades Terapêuticas como serviço oficial de assistência e cuidado às pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas, tornando-as elegíveis para o cadastro no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Ressalta-se que através de articulação política junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi aprovada em 14 de dezembro de 2017, a Resolução CIT Nº 32 (BRASIL, 2017) que reformula a RAPS e, baseando-se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS nº 3.588/2017. Essas mudanças preveem novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios) e a ampliação do financiamento para as Comunidades Terapêuticas, fortalecendo sua legitimação. Além disso, essas mudanças são fruto de um debate não democrático, e não passaram pelos Conselhos Nacionais, inclusive os de Saúde e de Direitos Humanos. Ou seja, são mudanças arbitrárias, que foram implementadas à revelia dos Conselhos Nacionais de Saúde e Direitos Humanos e sem audiências públicas.

Duarte (2018) sinaliza que a Portaria GM/MS Nº 3.588/17 (RAPS alterada) mostra o novo desenho assistencial da “nova” política de saúde mental. Nessa “nova” política é incluído o recurso institucional iatrogênico, o hospício, sempre defendido pela corporação médico-psiquiátrica, e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, “reforça-se a lógica manicomial com financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento de números de leitos em hospitais gerais, de forma que não permite o cuidado de qualidade e em liberdade, posto as internações como única alternativa de resposta à crise, retrocedendo aos típicos loucos ociosos dos manicômios” (DUARTE, 2018, p.236).

Em 01 de março de 2018, foi aprovada uma “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), através da Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018). Essa “nova” política é orientada para o cuidado com ênfase na abstinência e não mais pela redução de danos. Segundo Duarte (2018, p.237), “isso impõe que a linha de cuidado seja pautado na proibição do consumo e que as ações do governo se concentrem em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica, com foco nas internações e, em particular, nas

comunidades terapêuticas”.

É importante destacar que em 2018, foi criada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, na Câmara dos Deputados, em Brasília. O novo grupo reúne deputados e senadores contrários aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e vinculam-se à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

Diante de uma conjuntura nacional de retrocessos, em 04 de fevereiro de 2019, Quirino Cordeiro Júnior, ainda coordenador geral da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), do Ministério da Saúde do governo Bolsonaro, reafirmando a continuidade da gestão desde Temer, assinou e publicou a Nota Técnica de N°. 11/2019. Guimarães e Rosa (2019, p.129) destacam que a referida Nota esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018, que explicita o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social. Dentre as barbáries explicitadas na Nota Técnica N°. 11/2019, as autoras destacam:

a internação, inclusive de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos considerados espaços privilegiados de cuidados, contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além do redirecionamento do financiamento público; a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA, desqualificando as estratégias de redução de danos; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia que passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 129-130).

Guimarães e Rosa (2019) ainda nos informam que o documento ressalta a nova visão do Ministério da Saúde em relação aos CAPS’s, equipamento considerado central do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Nota Técnica nº 11/2019 afirma que “não os considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza” (p.3-4). Ou seja, refere-se ao não fechamento de leitos psiquiátricos. Cabe sinalizar que, a Lei 10.216⁴⁴ pressupõe que o tratamento deve se

⁴⁴ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

dar prioritariamente em serviços territoriais e a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Após polêmicas e mobilizações de movimentos sociais, entidades pró-movimento da luta antimanicomial, pesquisadores, profissionais de serviços, gestores entre outros atores, a Nota Técnica foi retirada dos veículos oficiais de comunicação do Governo Federal poucos dias após ter sido publicada. É importante destacar que a nota deixou explícito um ataque à política de saúde mental vigente. O então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, justifica que o conteúdo do documento será reavaliado pela nova coordenação, já que em 07 de fevereiro, Quirino Cordeiro é exonerado da CGMAD através da Portaria 203/2019, para assumir a pasta de saúde mental, álcool e outras drogas no Ministério da Cidadania.

De acordo com Guimarães e Rosa (2019, p.131), a Política de saúde mental, álcool e outras drogas constitui-se uma arena de disputa, com explícitos interesses econômicos e políticos, apontando para uma correlação de forças sob hegemonia de entidades evangélicas, leia-se Comunidades Terapêuticas, e médicas, na perspectiva de desmonte do que foi construído pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em síntese, no campo da saúde mental, as medidas tomadas pelo governo federal entre os anos de 2016 e 2019 (leia-se governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro), tinham como objetivo atribuir novamente ao hospital psiquiátrico um papel estratégico no “cuidado” de pessoas em sofrimento psíquico. Nesse contexto, Delgado (2019) expõe que o governo federal:

- 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substituto’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, p. 2-3).

Para Guimarães e Rosa (2019), o processo de remanicomialização que vem passando a Política Nacional de Saúde Mental faz parte de um projeto mais amplo de desmonte do SUS e de sua universalidade. Conforme as autoras, tal projeto se respalda em tendências neoliberais

que são orientadas pelo trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação que, acentuadas pela grave crise econômica, rompem com um dos princípios fundamentais da atenção integral à saúde.

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) através de uma nota de repúdio contra o retorno da manicomialização da assistência em saúde mental, divulgada em 19 de fevereiro de 2019, nos informa que nos municípios de ampla cobertura, a demanda por internações hospitalares decresce, fruto do suporte integral das estruturas de CAPS III (em sua modalidade para transtornos mentais e AD), além de equipes completas e diversidades de pontos de atenção comunitários articulados em rede.

Gomes (2014) assinala que, “a expansão e manutenção da reforma no âmbito assistencial dependem, entre outras coisas, da criação de serviços substitutivos em funcionamento 24hrs por dia para atenção à crise e que também funcionem como porta de entrada na rede de saúde mental” (p.197). A autora também destaca que, esse tipo de serviço (CAPS III), foi justamente o tipo de CAPS que menos foi criado nos diversos municípios do país.

Tabela 1 – Número de CAPS III em relação ao Total de CAPS habilitados no Brasil no período de 2006 a 2014

ANO	TOTAL DE CAPS	CAPS III	CAPS AD III	PERCENTUAL (CAPS III e CAPS AD III)
2006	1010	38	-	3,76%
2007	1155	39	-	3,38%
2008	1326	39	-	2,94%
2009	1467	46	-	3,14%
2010	1620	55	-	3,40%
2011	1742	63	5	3,90%
2012	1937	72	27	5,11%
2013	2062	78	47	6,06%
2014	2209	85	69	6,97%

Fonte: Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015). Elaboração própria.

Para Gomes (2014), uma das razões possíveis para o baixo investimento em CAPS do tipo III é o alto custo de manutenção, já que é um serviço de atenção diária em funcionamento

24 horas dos sete dias da semana. Por isso, “a plena efetivação da reforma ainda depende, entre outros fatores, de vontade política dos governos locais (p.197)”.

Tabela 2 – Número de CAPS III por Região no ano de 2017

REGIÃO	TOTAL DE CAPS	CAPS III	CAP AD III	PERCENTUAL (CAPS III e CAPS AD III)
CENTRO OESTE	146	3	7	6,84%
NORDESTE	860	24	29	6,16%
NORTE	161	6	7	8,07%
SUDESTE	862	60	39	11,48%
SUL	426	7	24	7,27%
TOTAL	2.455*	100	106	8,39%

Fonte: BRASIL, 2017. Elaboração própria. Obs (*): a tabela oficial contabilizou equivocadamente o número total de CAPS, fornecendo o valor de 2.462.

Percebe-se que a distribuição de CAPS III entre as regiões do Brasil é bastante heterogênea, havendo uma maior concentração desse tipo de serviço no ano de 2017 nas regiões nordeste e sudeste. Contudo, ainda representa uma baixa cobertura em relação ao total de CAPS implementados. Se observarmos no âmbito nacional, identificamos que o total de CAPS III representa apenas 8,39% do número total de CAPS.

De acordo com a Abrasme (2019, p. 6), abrir a porta de saída sem blindar a possibilidade de retorno é fazer a opção por deixar a fera adormecida. Os espaços chamados por hospícios, manicômios, asilos ou hospitais psiquiátricos sempre foram instrumentos “para varrer para baixo do tapete” o que fugia da tutela moral da sociedade. Em sua versão atualizada, nas ditas “comunidades” terapêuticas e ao lado dos presídios são destinados a uma parcela muito bem definida da população – negros, pobres, vulneráveis.

Conforme Passos (2018), os manicômios sustentam a reprodução do capitalismo e de sua sociabilidade – este assentado no racismo e no patriarcado. Nesse sentido, são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A autora enfatiza que “os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência” (p.19). Passos (2018) também nos lembra que o manicômio é social, ou seja, é introjetado e reproduzido nas relações sociais. Por isso, estrutura-se para além de uma edificação e se atualiza a todo instante.

O governo Bolsonaro, alicerçado por um projeto societário da extrema direita, acentua o processo de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental iniciado no governo Temer (PEREIRA, 2020). A Política de Álcool e outras Drogas passa a ser gerida pelo superministério da Cidadania, que engloba Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, tendo à frente do ministério Osmar Terra, defensor das Comunidades Terapêuticas e contrário as estratégias de redução de danos. Pereira (2020, p.83) destaca que o referido ministro impediu a divulgação do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado ao longo de três anos e que custou R\$ 7 milhões aos cofres públicos, afirmando que este “não tinha validade científica”. Tal afirmação tem a ver com fato de que o estudo não confirmava a existência de uma epidemia de drogas no país, o que refutava sua hipótese utilizada para justificar sua nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), baseada na abstinência e na internação involuntária.

Pereira (2020) nos informa que simultaneamente a essas ações, em 22 de julho de 2019 foi publicado o Decreto presidencial que reduziu o número de membros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), ou seja, extinguiu a participação da sociedade civil no órgão. A autora ressalta que para o então presidente Jair Bolsonaro, defensor da política de drogas pautada no proibicionismo e na criminalização, tais mudanças foram necessárias para acabar com o “viés ideológico” que estava presente no Conselho.

Como vimos, o campo da saúde mental é marcado por muitas disputas e atravessado por distintos interesses. Os retrocessos e as tentativas de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental estão cada vez mais presentes. Em meio à pandemia de covid-19, no dia 04 de dezembro de 2020, o governo federal colocou em pauta no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propostas⁴⁵ de revisão da atual Política de Saúde Mental, que incluem a revogação de cerca de cem portarias editadas entre 1991 a 2014.

Diante do debate da remanicomialização, veremos no próximo capítulo como se construiu a Política Municipal de Saúde Mental da cidade do Rio de Janeiro e o papel que o hospital psiquiátrico ocupa na rede do município, mais especificamente na área programática 3.0.

⁴⁵ Vale informar que essas propostas seguem princípios expressos no documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”, produzido por várias entidades, dentre elas, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

CAPÍTULO 3 – PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: as internações psiquiátricas como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental

Neste capítulo, faremos um resgate acerca da história da política municipal de saúde mental e a construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município do Rio de Janeiro, como também apresentaremos a composição atual da rede de saúde mental. No tópico seguinte, iremos expor as questões conjunturais e organizacionais presentes no município do Rio de Janeiro no contexto dos anos de 2016 a 2019 e veremos como estas questões irão impactar no funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo os de saúde mental. Ressalto que este tópico, assim como o último, foi construído com base nas entrevistas realizadas com quatro profissionais⁴⁶ que possuem vinculação com o campo da saúde mental, tanto pela via da prática profissional quanto pela via da militância, política ou universidade. No último tópico, realizaremos uma análise acerca da importância que o hospital psiquiátrico ainda ocupa na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, mais especificamente, na área programática 3.0.

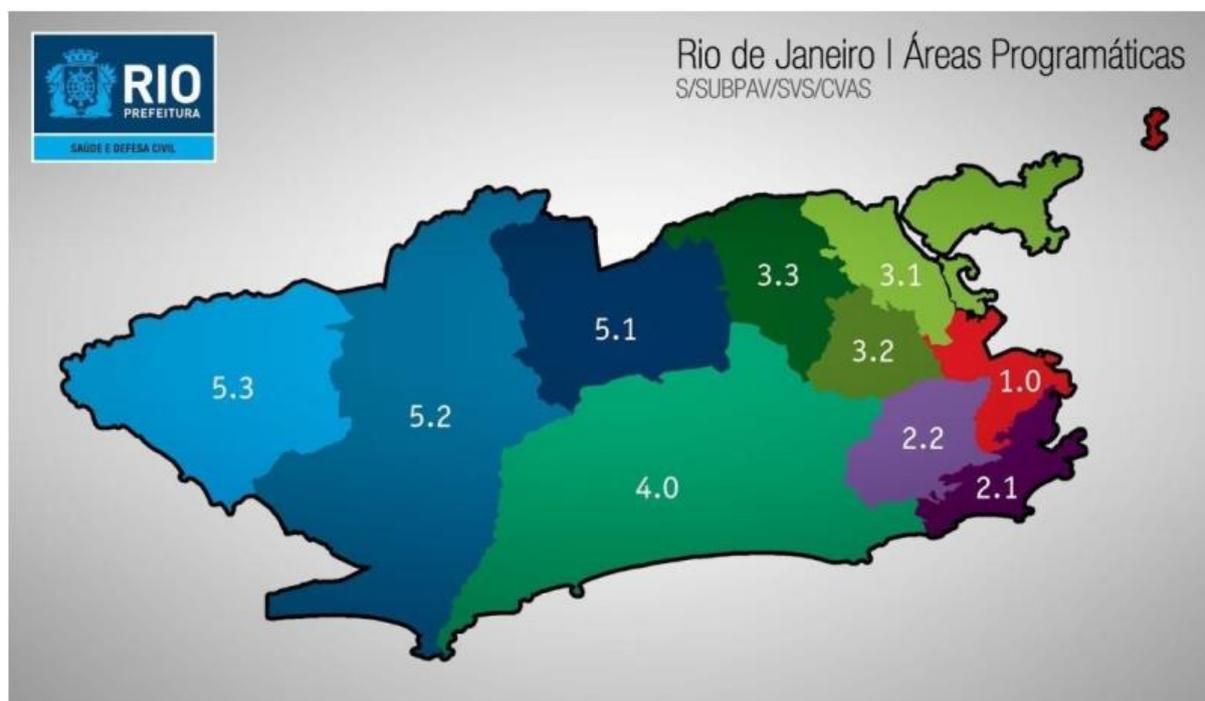
3.1 A Construção da Rede de Atenção Psicossocial no Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro possui 6.320.446 habitantes, segundo o último censo do IBGE (2010), e uma população estimada em 2019 de 6.718.903, em uma área geográfica de aproximadamente 1.224 km² (RIO DE JANEIRO, 2019). Desde 1993, a cidade do Rio de Janeiro é dividida geograficamente em 10 Áreas Programáticas (APs) a fim de melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (RIO DE JANEIRO, 2017). Assim, o município possui 160 bairros agrupados em 10 (APs), que se dividem da seguinte forma: AP 1.0 (Centro e adjacências), AP 2.1 (Zona Sul), AP 2.2 (Grande Tijuca), AP 3.1 (Zona da Leopoldina e Ilha do Governador), AP 3.2 (Grande Méier), AP 3.3 (Região de Madureira e adjacências), AP 4.0

⁴⁶ Identificamos neste trabalho as entrevistadas com a numeração (1, 2, 3 e 4). A entrevistada 1 é assistente social e trabalha em um CAPS III do município do Rio de Janeiro, também é militante do Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (NEMLA- RJ). A entrevistada 2 é nutricionista e assessora técnica da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Já a entrevistada 3 é psicóloga e professora de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro. A entrevistada 4 também é psicóloga, mas já aposentada. Atuou durante anos na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, inclusive, coordenando Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

(Região de Jacarepaguá e adjacências), AP 5.1 (Região de Bangu e adjacências), AP 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências) e AP 5.3 (Região de Santa Cruz e Sepetiba). Salienta-se que as APs possuem particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, o que irá determinar as características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade (idem).

Figura 1 – Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas



Fonte: Rio de Janeiro, 2017.

O município do Rio de Janeiro é considerado historicamente um grande parque manicomial, com ampla concentração de leitos em hospitais psiquiátricos públicos e em clínicas conveniadas ao SUS, caracterizando o modelo de assistência manicomial na cidade (PASSOS, 2016; VAINER, 2016). É importante ressaltar que os hospitais psiquiátricos eram vinculados ao Ministério da Saúde e os ambulatórios estavam sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios financeiros significativos com as internações (sua única fonte de lucro) e havia total falta de controle por parte do Estado – tem-se aí um

verdadeiro empuxo à internação, e pode-se perceber por que o sistema veio a ser chamado de indústria da loucura (TENÓRIO, 2002, p.47).

Conforme Tenório (2002), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) assume a gestão do SUS na cidade em 1995. Nesse contexto, a reestruturação da assistência em saúde mental no município estava organizada em três pontos: o controle da rede hospitalar existente, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e o programa de implantação de uma rede de CAPS regionalizada.

Tenório (2002) nos informa que o acompanhamento da rede hospitalar pela SMS começou dois anos antes, em 1993. Contudo, já no começo da década de 1980, o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tomou uma importante medida de controle da entrada para a internação na rede através da criação de “polos de internação”, que deveriam funcionar nas unidades públicas e distribuídos por áreas de planejamento. O controle público das internações através dos polos configurou “um esboço de gerência daquilo que parecia ingerenciável” (DELGADO, 1997 apud TENÓRIO, 2002, p.47). Porém, a inexistência ou escassez de serviços extra-hospitalares não alterou o quadro geral da assistência.

Em 1993, foi criada a Gerência de Programas de Saúde Mental (GSM/SMS/RJ), que integrava a Coordenação de Programas de Atendimento Específico da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (ALMEIDA, 2002). Entretanto, apenas em 1995 quando ocorreu a incorporação da assistência em saúde mental à Prefeitura do Rio de Janeiro por meio do processo de municipalização do SUS⁴⁷, que a Gerência intensificou suas atividades. Assim, a Gerência de Saúde Mental (GSM) passa a propor as Diretrizes do Programa de Saúde Mental e o Projeto de Implantação dos CAPS no Rio de Janeiro (ELIA, 2013, p.93).

Em outubro de 1995, a Gerência de Programas de Saúde Mental da SMS com o apoio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, realizou o I Censo de Internos dos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro. O Censo tinha por objetivo traçar o perfil clínico e socioeconômico dos usuários internados nos hospícios, bem como mapear as áreas da cidade com maior carência de recursos em saúde mental a fim de subsidiar o planejamento para construção de serviços não manicomial. Dessa forma, o Censo contribuiu para o

⁴⁷ É o momento em que as prefeituras passam a assumir maior responsabilidade na assistência e no planejamento da saúde.

controle da assistência prestada na rede hospitalar, sobretudo a conveniada, e para a reestruturação do modelo assistencial do município do Rio de Janeiro.

Além da coleta dos dados quantitativos, os pesquisadores fizeram diários de campo que subsidiaram a elaboração de um relatório qualitativo sobre cada uma das vinte instituições visitadas. Pela gravidade da situação descrita, os relatórios referentes às clínicas Amendoeiras, Monte Alegre, Doutor Eiras e Humaitá foram tornados públicos imediatamente (TENÓRIO, 2002, p.48).

Em 1996, ano seguinte da realização do Censo, como desdobramento da reestruturação da assistência em saúde mental no município do Rio de Janeiro, teve início a construção de uma rede de atenção em saúde mental no município do Rio de Janeiro com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS)⁴⁸, localizado no bairro de Irajá, zona norte da cidade. A partir deste marco, novos CAPS foram inaugurados em diferentes áreas da cidade. Fagundes et al (2016, p.1450) salientam que “a saúde mental consolidou-se como política municipal efetiva a partir de 1996”.

A Gerência de Saúde Mental da SMS informava, em 1997, que se pretendia criar pelo menos um CAPS em cada uma das dez áreas de planejamento da cidade, atendendo-se, a médio prazo, pelo menos mil pacientes (FAGUNDES ET AL, 1997 apud TENÓRIO, 2002, p. 50).

Vale destacar que os CAPS criados nas diferentes APs eram todos do tipo II, “não havendo menção aos CAPS III para a rede do Rio de Janeiro, evidenciando a falta de uma visão estratégica e de um projeto que vislumbrasse a possibilidade de prescindir do hospital psiquiátrico naquele momento” (VAINER, 2016, p.50).

Segundo Almeida (2002), os documentos oficiais da GSM/SMS/RJ preconizavam que “os CAPS seriam estruturas extra-hospitalares que teriam como objetivo substituir o modelo manicomial de cuidado, por meio da oferta de uma assistência intensiva e diária” (p.25). O documento oficial da GSM/SMS/RJ intitulado “Projeto de Implantação de Centros de Atenção Psicossocial” expõe que esses serviços foram criados tendo como base os seguintes pressupostos:

(...) restabelecer a relação do indivíduo com o seu próprio corpo e com o campo social, reconstruir o direito do sujeito à palavra, restituir seus direitos civis, produzir relações, espaços e objetos de interlocução, reativar as possibilidades do sujeito poder ter acesso aos intercâmbios sociais (GSM/SMS/RJ, 1995 apud ALMEIDA, 2002, p.25).

⁴⁸ Conforme Almeida (2002), “os CAPS até o final de 2001 não fazem parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o que implica em uma subordinação aos Centros Municipais de Saúde (CMS) ou Postos de Atendimento Médico (PAM)” (p.24).

O documento também ressaltava que a finalidade do CAPS seria:

Assistir, em regime de Hospital-Dia, pessoas em sofrimento psíquico grave, oferecendo-lhes um grau de autonomia que lhes permita deslocar-se do seu local de residência para as unidades diariamente, visando a sua reabilitação, aqui vista como a possibilidade da produção de valor social reconhecido (idem).

Sendo assim, para alcançar os objetivos da reestruturação da assistência em saúde mental por meio da implementação dos CAPS, era necessário um outro *modus operandi*, em que a tutela sairia de cena dando lugar à lógica do cuidado em liberdade. Desta forma, os CAPS deveriam ser implementados em toda a cidade do Rio de Janeiro de acordo com o princípio da regionalização, e, sobretudo, conectando-se às demais instâncias da vida social dos usuários, como por exemplo, lazer, cultura, trabalho, entre outras. Além disso, um dos princípios destes serviços é de repensar e construir práticas a partir da demanda de seus usuários (ALMEIDA, 2002).

Para Tenório (2002), a distribuição dos CAPS na cidade não contempla a regionalização almejada, tendo ocorrido concentração desproporcional às necessidades de cada área de planejamento. Além disso, o autor supõe que o planejamento inicial de implementação dos CAPS considerava as possibilidades efetivas do poder público municipal, não contemplando obrigatoriamente, a curto prazo, a necessidade real. Percebe-se que essa dificuldade de planejamento mencionada pelo autor se perpetua até os dias atuais⁴⁹.

De acordo com o Relatório de Gestão, do período de 2009 a 2016, da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, a população coberta por CAPS no ano de 2016 era de 56%, com variações significativas entre diferentes áreas programáticas (APs). A cobertura mais satisfatória de CAPS aconteceu na região da AP 3.2, com quase oitenta por cento de cobertura. O índice menor de cobertura foi identificado na AP 1.0⁵⁰, com apenas 32% de cobertura. Esses dados nos mostram que apesar da implantação de CAPS em diferentes regiões da cidade, seus números ainda são insuficientes diante das necessidades do município.

Os primeiros CAPS tipo III do município do Rio de Janeiro foram inaugurados somente no ano de 2010, o CAPS III Maria do Socorro e o CAPS III João Ferreira da Silva

⁴⁹ Podemos citar como exemplo a implementação recente de dois CAPS do tipo III na AP 3.2, inclusive, localizados no mesmo bairro e na mesma rua, enquanto que outras Áreas Programáticas com índices altos de internações psiquiátricas dispõem de apenas um ou nenhum CAPS do tipo III.

⁵⁰ É importante informar que a AP 1.0 não dispõe de CAPS adulto, somente de cobertura de um CAPSi.

Filho⁵¹, localizados nos bairros da Rocinha e de Ramos, respectivamente. A inauguração tardia de CAPS tipo III na cidade evidencia uma dificuldade de planejamento dos gestores municipais, provavelmente alicerçada em um legado manicomial muito forte.

Atualmente, a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro conta com 35 CAPS⁵², distribuídos da seguinte forma: 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 8 deles do tipo III, com funcionamento 24 horas por dia; 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), sendo quatro deles com funcionamento 24 horas - e dois desses com Unidades de Acolhimento de Adultos (UAA)⁵³; 8 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), sendo 1 deles do tipo III, totalizando 32 unidades de saúde mental de âmbito municipal. Vale destacar que ainda compõem essa rede outros 2 CAPS de âmbito estadual, o CAPS II UERJ e o CAPS AD Centra-Rio e 1 CAPS de âmbito federal, o CAPSi II Carim, totalizando 35 CAPS dentro do município do Rio de Janeiro. Como podemos verificar, a cidade do RJ dispõe de 13⁵⁴ serviços do tipo III, com acolhimento noturno.

Tabela 3 – Leitos de Acolhimento Noturno localizados em CAPS III do Município do Rio de Janeiro – Janeiro de 2021

CAPS III	AP	Nº DE LEITOS
1 ADULTO	2.1	5
1 ADULTO	2.1	8
1 AD	3.1	9
1 ADULTO	3.1	8
1 ADULTO	3.1	8
1 AD	3.2	8
1 ADULTO	3.2	6

⁵¹ “Os dois serviços foram construídos na ocasião das obras federais do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em bairros onde estes investimentos de urbanização e habitação foram realizados concomitantemente aos investimentos de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo para atenção primária na cidade” (VAINER, 2016, p.52).

⁵² Informações colhidas no site do CNES/DATASUS <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: jan. de 2021.

⁵³ As Unidades de Acolhimento de Adultos (UAA) oferece acolhimento transitório a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e que estão em tratamento nos CAPS AD. Ressalta-se que o acolhimento é voluntário e os usuários podem ficar acolhidos por um período de até 6 meses. Os moradores dessas unidades são acompanhados por uma equipe multiprofissional, e recebem apoio na busca de emprego, de estudo e de outras alternativas de moradia.

⁵⁴ No ano de 2019 o município possuía somente 10 serviços do tipo III. Vale informar que esse aumento para 13 CAPS do tipo III não tem a ver com a criação de novos serviços, mas com a transformação de CAPS II em CAPS III.

1 ADULTO	3.2	6
1 CAPSi	3.2	6
1 AD	3.3	8
1 AD	4.0	8
1 ADULTO	4.0	6
1 ADULTO	4.0	6
TOTAL DE LEITOS		92
TOTAL DE CAPS III		13

Fonte: Dados obtidos no CNES/DATASUS (<http://cnes2.datasus.gov.br/>). Acesso em: jan. de 2021.

Ressalta-se que esse quantitativo de CAPS III ainda se mostra insuficiente para atender as necessidades de acolhimento à crise psíquica, tendo em vista que a cidade conta ainda com 237 leitos⁵⁵ de psiquiatria distribuídos em 4 hospitais públicos especializados⁵⁶ (sendo 2 hospitais com administração municipal, 1 hospital com administração estadual e 1 federal – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro). O número de leitos de psiquiatria na cidade aumenta para 481 se levarmos em consideração os leitos ocupados por usuários de longa permanência em dois importantes Institutos que atualmente possuem somente leitos de desinstitucionalização. Já nos hospitais gerais, são apenas 54 leitos para internação em saúde mental, distribuídos em quatro hospitais municipais. Os CAPS III oferecem 92 vagas para acolhimento noturno, divididas em 13 serviços. Percebe-se na tabela abaixo que as internações ainda acontecem predominantemente nos hospitais psiquiátricos.

Tabela 4 - Localização dos leitos de atenção à crise na Cidade do Rio de Janeiro – Janeiro de 2021

Localização dos leitos	Quantidade	Porcentagem
Hospitais Psiquiátricos	237	62%
Hospitais Gerais	54	14%
CAPS III	92	24%
Total	383	100%

⁵⁵ Essa informação foi obtida através do site do CNES/DATUS, acesso em: jan. de 2021. Cabe ressaltar que o site não faz distinção entre leitos de crise e leitos de desinstitucionalização (destinados a usuários de longa permanência).

⁵⁶ Os Hospitais Psiquiátricos estão localizados nas zonas sul, oeste e centro da cidade do Rio de Janeiro. Destaca-se que a zona sul da Cidade tem o maior número de hospícios, totalizando 2 hospitais (1 de âmbito municipal e 1 de âmbito federal).

Fonte: Dados obtidos no CNES/DATASUS (<http://cnes2.datasus.gov.br/>). Acesso em: jan. de 2021.

Para a efetivação da Política de Saúde Mental, o município do Rio de Janeiro dividiu sua área em três regiões, criando a RAPS Centro-Sul, a RAPS Zona Norte e a RAPS Zona Oeste. Echebarrena (2018) coloca que “em cada uma dessas RAPS busca-se a integração dos seus diversos serviços, visando garantir a integralidade da assistência, oferecida em Rede” (p.48). Além do CAPS, que se constitui como ponto de Atenção Psicossocial Estratégico, a RAPS da cidade também conta com outros serviços. São eles⁵⁷: duas Unidades de Acolhimento de Adultos, 91 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), quatro Emergências Psiquiátricas, quatro Enfermarias de saúde mental em Hospitais Gerais, dois Centros de Convivência, equipes de Consultório na Rua e de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.2 A Rede de Atenção Psicossocial no Município do Rio de Janeiro no contexto dos anos 2016 a 2019

Neste tópico abordaremos questões conjunturais e organizacionais do município do Rio de Janeiro que impactam diretamente no funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo os de saúde mental. Tais questões têm contribuído drasticamente para o cenário de intensa precarização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das relações de trabalho, o que irá acarretar na necessidade de manutenção das internações psiquiátricas como importante estratégia de atenção à crise psíquica.

No município do Rio de Janeiro, o avanço do projeto neoliberal ganha destaque a partir de 2009 quando Eduardo Paes assume a Prefeitura. No seu mandato, a Secretaria Municipal de Saúde adota a orientação privatizante e investe na expansão das Organizações Sociais. Ou seja, a administração dos serviços de saúde e a forma de gestão dos recursos humanos no SUS passam a ser terceirizadas por meio das Organizações Sociais (OS's). Contudo, é válido ressaltar que nas duas gestões de Paes (2009-2016) a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou centralidade na agenda governamental.

Em 2009, foi lançado o Programa intitulado “Saúde Presente”, cujo objetivo era de

⁵⁷ Essas informações são referentes ao ano de 2019 (Relatório Anual de Gestão).

expandir os serviços de saúde a toda população da cidade do Rio de Janeiro. O referido Programa proporcionou a ampliação da cobertura de saúde da família alcançando 70% ao final de 2016 e investiu na formação da força de trabalho para o SUS, através da criação dos Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem em Saúde da Família (O'DWYER et al., 2019). O fortalecimento e expansão das Clínicas de Família possibilitou uma maior parceria e articulação com os serviços de saúde mental. Entretanto, não podemos deixar de mencionar as repercussões que a gestão por OS trouxe para o cotidiano de trabalho dos serviços de saúde. Essas repercussões são imensas e inclui: baixos salários, rotatividade de profissionais, instabilidade no emprego, desemprego, privatização, precarização e intensificação do trabalho.

Na área da saúde mental destacamos ainda que a rotatividade de profissionais nos serviços está diretamente relacionada com a precarização dos vínculos de trabalho e com as condições de trabalho, o que faz com que os profissionais solicitem o desligamento de suas funções antes do término do contrato de trabalho. Esse contexto de precarização acaba ocasionando prejuízos a continuidade do cuidado e a qualidade das ações de saúde mental. É importante sinalizar que a base de sustentação do trabalho em saúde mental é o vínculo existente entre a equipe e os usuários (GOMES, 2017). Sendo assim, a rotatividade dos profissionais no CAPS acaba comprometendo o cuidado dos usuários.

(...) a possibilidade das Organizações Sociais, na área da saúde, eu acho que isso de alguma forma fez com que a quantidade de serviços crescessem, mas a precarização do trabalho ficasse mais aguda, o que tem haver por exemplo, com a instabilidade, a rotatividade dos profissionais dentro dos serviços de saúde mental, o que a gente sabe que é muito importante por conta do vínculo, por conta do trabalho longitudinal, por conta da possibilidade de desinstitucionalização dos usuários, que enfim, são trabalhos mais delicados e são trabalhos que necessitam por exemplo, de condições de trabalho dignas e segurança profissional. Então, se criou muitos serviços, mas ao mesmo tempo se precarizou os processos de trabalho e as condições de trabalho (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

É óbvio que houve uma ampliação da rede no mandato do Paes. Contudo, o modelo de gestão foi entregue para as Organizações Sociais, precarizando as relações de trabalho e dificultando muito a ação do controle social que é o que prevê um dos princípios do SUS né (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

No governo do Eduardo Paes que o Daniel Soranz foi o secretário de saúde, ele fez de fato embora eu não concorde com um monte de coisa com ele, ele fez de fato uma ampliação grande na atenção básica, mas pautada também

por uma política neoliberal que foi com base em terceirização, aí você viu no que deu (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

(...) quando entra o Eduardo Paes a gente já sabia que ia ser complexo o processo, mais difícil, porque ele apoiava as Organizações Sociais e colegas nossos, alguns inclusive, na Coordenação de Saúde Mental apoiavam isso, o Hugo por exemplo. E a gente dizendo que isso não ia dar, não ia dar certo porque o SUS tem que ser público, e tem que ser funcionário público, mas com carreira, com avaliação, com demissão se não for bom e por aí vai (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município do RJ).

É importante ressaltar que a justificativa utilizada pelos gestores públicos para a entrada das OS's na administração pública dos serviços de saúde diz respeito a capacidade dessas Organizações em executar as funções do Estado no âmbito das políticas sociais de forma mais ágil, mais eficiente e efetiva. Todavia, não é o que observamos em serviços de saúde mental geridos por OS's no município do RJ.

(...) o CAPS Dircinha Batista acho que desde 2016 se não me engano, a Prefeitura fez a proposta dele passar a ser administrado por OS (...) porque a justificativa da Prefeitura era como não posso abrir concurso público, a gente passando pra OS, a gente pode contratar. Mas não abrir concurso público também é uma escolha de gestão, também é uma escolha pra se pensar porque não abrir concurso público, fragiliza as relações de trabalho, fragiliza os processos de trabalho, então, fez essa proposta pra aumentar a equipe pra virar um CAPS III e que até hoje na verdade não é um CAPS III, apesar de ser gerenciado por OS. Atualmente, apesar de ter pessoas contratadas não só servidores (...) tem uma equipe de menos de 10 pessoas e continua sendo um CAPS II. Então, na verdade, foi só uma justificativa pra precarizar ainda mais aquelas relações de trabalho e acabou precarizando também as relações de cuidado ali (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Cabe destacar que a precarização das condições de trabalho ocorre tanto em CAPS administrado por OS quanto em CAPS de administração direta pela Prefeitura. Porém, o que os diferencia são as condições do vínculo de trabalho.

(...) o CAPS Torquato Neto⁵⁸, que é da AP 3.2, esse CAPS era um dos primeiros CAPS da cidade do RJ, era um CAPS de administração direta da Prefeitura, então não era gerenciado por OS, tinha profissionais com uma estabilidade importante, profissionais que viveram a Reforma Psiquiátrica, inclusive, profissionais que passaram por uma luta importante, eles saíram do Nise da Silveira, da ala de enfermagem ou então de outros setores pra montar um CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Inclusive, era um CAPS que

⁵⁸ É de suma importância sinalizar que esse CAPS foi fechado no ano de 2018. No ano anterior, em 2017, foi aberto um novo CAPS que abrangeria o território desse serviço que foi fechado, porém, por administração de OS, e com a promessa desse CAPS ser do tipo III. Tal promessa até hoje não foi cumprida pelos gestores.

foi criado logo depois da Lei de 2001, então era um CAPS que tinha uma tradição importante na cidade de luta, era um CAPS que normalmente puxava greve dos trabalhadores de saúde mental. Esse CAPS foi completamente precarizado (...). (...) os servidores se aposentavam, adoeciam, saíam por qualquer motivo, e aquele recurso humano não era repostado, o que fragilizou muito a equipe (...) (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Observamos que em geral, os CAPS administrados pela Prefeitura possuem maior número de servidores públicos, o que garante certa estabilidade no emprego, dando segurança aos trabalhadores, assim como, a garantia do recebimento de seus salários. Além disso, os servidores públicos também dispõem de maior autonomia para questionar o processo de trabalho. Já os trabalhadores contratados por OS enfrentam diferentes dilemas, tais como: a insegurança do vínculo empregatício, incerteza salarial, a competição que o sistema gera entre os próprios colegas de trabalho, a dificuldade e o medo de questionar o cotidiano de trabalho, fazendo com que muitos trabalhadores se submetam aos interesses da gestão.

É o que acontece no neoliberalismo, corrói... você fica competindo com o seu colega de trabalho (...), você tem medo do chefe porque você pode ficar sem trabalho, sem ter o que comer no dia seguinte, você não pode casar porque não sabe se vai ter o seu trabalho, você quer ter filho, mas não sabe se vai ter trabalho depois de amanhã. Isso é o neoliberalismo. (...). Ele corrói, né, então eu acho que subjetivamente fica esse clima, não se trabalha direito e sobre a mente vai ter repercussões, na sua capacidade de estar ali fazendo uma busca ativa de um paciente, na sua capacidade de atender a crise do paciente porque o serviço te coloca em crise o tempo todo (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município do RJ).

Em 2017, Marcello Crivella assume a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, instaurando uma profunda crise na área da saúde, que se perpetua durante os seus quatro anos de gestão municipal. A gestão Crivella é caracterizada pelos “atrasos salariais, demissões, mudança de organizações sociais que geriam trabalhadores, assédio moral, mudança de gestores, não cumprimento dos direitos aos trabalhadores, desassistência, esgotamento e luta, muita luta (...)” (SILVA, 2020, p.1).

Salienta-se que desde a mudança de gestão não houve aumento da rede assistencial. Ao contrário disso, em agosto de 2017, houve o anúncio do fechamento de 11 Clínicas da Família, localizadas na zona oeste da cidade. A notícia surpreendeu os profissionais de saúde e a população, gerando grande repercussão midiática. Também impulsionou o movimento de organização de greve dos trabalhadores da saúde, que já vinham sofrendo com a falta de

pagamento. Nesse contexto, é criado o coletivo “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”⁵⁹, que foi fundamental para a organização dos trabalhadores, viabilizando a abertura de mesas de negociação com a Prefeitura e pressionando pelo não fechamento das unidades de saúde e a demissão de trabalhadores. Desde sua criação, o movimento vem denunciando as precárias condições de trabalho dos serviços de saúde, os atrasos salariais, assim como dando visibilidade às demissões em massa que ocorrem.

Em 31 de outubro de 2018, a Prefeitura do RJ lança a proposta de “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo para otimização de recursos” (SUBPAV, 2018). O discurso municipal era de que a reorganização da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro era urgente e necessária, pois a expansão da rede durante o período 2009-2016, através da construção de Clínicas da Família e implantação de Equipes de Saúde da Família, tinha sido feita de forma “desordenada” e demonstrou-se “não sustentável financeiramente” e “não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica”, resultando em equipes sobrecarregadas, subutilizadas e com baixa performance quantitativa e qualitativa.

A reestruturação visava o redimensionamento do número de equipes, a criação de outras tipologias de equipes, de modo que a composição das equipes variasse de acordo com as características do território e utilização dos serviços pela população, além do aumento da cobertura populacional. No entanto, esse plano de “reorganização” não se efetivou conforme o esperado, de acordo com o discurso da gestão municipal de otimização dos serviços e melhoria da qualidade. Ao contrário, o plano intensificou o processo de sucateamento dos serviços de saúde, bem como, diminuiu as áreas de cobertura da saúde, modificou lógicas gerenciais e demitiu em massa os profissionais⁶⁰ da atenção primária. Ressalta-se que a saúde mental também foi contemplada por essas demissões, porém, em menor número em comparação aos profissionais demitidos da atenção primária.

(...) a partir da entrada do Prefeito as relações de trabalho ficaram ainda mais difíceis, especialmente na atenção básica, muitos gestores foram mudados, então isso gerou também muito assédio, gerou ainda mais precarização das

⁵⁹ O Coletivo Unificado “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”, é um movimento criado no mês de agosto de 2017, pelos profissionais da atenção primária e da saúde mental do município do Rio de Janeiro.

⁶⁰ As demissões começaram com 400 profissionais em janeiro de 2019 e chegaram a mais de 5 mil em fevereiro de 2020, sobretudo, a partir da ruptura do Prefeito Crivella com o contrato com a Organização Social (OS) Viva Rio, para suposta “recontratação” de todo o quadro de profissionais pela fundação RioSaúde (SILVA, 2020). Contudo, há relatos de profissionais da rede de que muitas pessoas não foram recontratadas. Cabe informar também que apesar da fundação RioSaúde (empresa da administração pública indireta) ter tido uma maior entrada na administração dos serviços de saúde no mandato do Crivella, essa fundação foi criada em 2015, na gestão anterior de Eduardo Paes.

relações trabalhistas e aí tiveram diversas coisas né, em algum momento o Prefeito falou da possibilidade de estudar pra contratar profissionais por PJ, o que geraria ainda mais precarização dentro da saúde né, rolou todo o atraso por exemplo de salários, mais acentuado em 2018 e 2019, apesar de 2017 já ter acontecido também (...).

É a reorganização que a Prefeitura chamou de reestruturação se não me engano da saúde do município do Rio, que falava do fechamento, por exemplo, de Clínicas da Família, demissões de profissionais, isso tudo de 2017 pra cá né, da precarização e do desmonte mesmo da rede de saúde do Rio de Janeiro tanto atenção básica quanto atenção psicossocial. (...) entendendo que trabalhar em rede é contar também com a atenção básica, é contar com os NASFs, com as Clínicas da Família, com os Consultórios na Rua, com os Centros de Convivência, a gente ficou ainda pior né, ficou ainda mais defasado, porque a gente pôde contar ainda menos com esses trabalhadores e com esses serviços né que são recursos importantes de cuidado (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

(...) a entrada do Crivella intensificou muito o processo de sucateamento. De que forma? Reduzindo orçamento e demitindo profissionais. Não só da Rede de Atenção Psicossocial, como também da atenção básica, que a gente entende que a atenção básica faz parte da RAPS né, da Rede de Atenção Psicossocial (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

(...) chega o Crivella e sai fazendo essa desgraça toda e aí agora a gente está vendo o que está acontecendo (...) já tinha um processo de precarização anterior.

(...) as pessoas elas vinham de momentos muito desgastantes, acho que você acompanhou isso. Ano passado as pessoas ficaram 3/ 6 meses sem ganhar dinheiro, uma precariedade absoluta. Então, essa forma de gestão, ela de fato tem uma incidência importante no processo de trabalho e no cuidado que você vai produzir (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

O contexto atual é o pior possível. Se antes estava difícil, se antes estava complexo com Eduardo Paes e a proposta que foi o que a gente falou aí de OS (...) acho que com o Crivella foi muito pior porque você tem toda uma direção de desconstrução (...) é muito difícil, afeta direto. E esse ataque deles à atenção primária, ataque à saúde da família, tudo que ele foi fazendo (...).

Se não fossem profissionais contratados eu te garanto que esse desgraçado do Crivella não tinha fechado uma Clínica da Família, entendeu? Porque foi assim que a gente foi fazendo a reforma, os caras não podiam mandar a gente embora (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município RJ).

Como podemos observar na fala das entrevistadas, na gestão do Prefeito Crivella houve um aprofundamento do processo de sucateamento dos serviços de saúde, configurando um cenário caótico e cruel. Além de toda precarização enfrentada tanto pela Atenção Primária

à Saúde quanto pela saúde mental, um outro ponto importante a ressaltar, inclusive, muito mencionado na fala das entrevistadas tem a ver com o espaço que as Comunidades Terapêuticas ganham nessa gestão.

(...) eu acho que a entrada do atual Prefeito do RJ também foi algo que abalou muito a rede, é um Prefeito que fala inclusive das comunidades terapêuticas, que fala do viés religioso, do cuidado em saúde mental, do cuidado da população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, e é completamente contrário ao que a gente acredita dentro da saúde mental, dentro dos movimentos sociais, da saúde pública (...) (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

(...) falta de disposição política do Prefeito Crivella, porque a gente sabe que ele é ligado a uma igreja que é a igreja Universal e tem a sua comunidade religiosa, que é a comunidade terapêutica, que é a Manassés, que a gente sabe disso. Então, infelizmente isso tem emperrado o avanço da desinstitucionalização (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

(...) a gente precisa ficar muito atento as novas modalidades de encarceramento, a Comunidade Terapêutica é uma bem atual, como essas outras instituições de abrigo, algumas são bem fechadas e são instituições totais iguais ou até piores que o manicômio (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

Então, obviamente, se você tem uma gestão Crivella (...) é um desastre. Inclusive, com as comunidades terapêuticas, que não é mérito do Crivella, nem é mérito do Witzel e nem é mérito do Bolsonaro. As comunidades terapêuticas são méritos ainda do governo Dilma (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município RJ).

A falta de recursos nos serviços, especificamente nos CAPS, atinge diretamente a qualidade do cuidado ofertado aos usuários, o que pode resultar muitas vezes em desassistência. Os CAPS se depararam de forma mais recorrente com a falta de medicamentos, insumos básicos, como esparadrapo, gaze e luvas, alimentação⁶¹ e a falta de recursos para a realização de oficinas e de trabalhos territoriais, como a realização de visitas domiciliares e de visitas institucionais. Diante disso, por vezes, os trabalhos externos ao CAPS eram custeados pelo dinheiro do próprio trabalhador, devido à ausência ou falta de disponibilidade diária de carro institucional. Em alguns CAPS, a situação de precarização chegou a ser mais complexa ao ponto de faltar água e luz, recursos essenciais para se manter qualquer serviço aberto.

⁶¹ Servida aos usuários com indicação em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A maioria dos CAPS não tem recurso para o profissional fazer uma visita domiciliar, por exemplo, pra ir a um território. O profissional tem que custear isso ele mesmo pra fazer o trabalho, o quanto isso é cruel, porque isso fala da nossa implicação ética, mas a precariedade do trabalho que a gente está fazendo, a gente por uma responsabilidade, por uma ética no cuidado, a gente inclusive, de alguma forma se prejudica enquanto trabalhador, enquanto classe trabalhadora. Inclusive, porque nós somos cobrados a fazer esse tipo de ação sem ter os recursos. É isso é muito devastador (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

E hoje nós vivenciamos um processo de sucateamento na dificuldade da reposição de insumos, principalmente nos CAPS, manutenção das estruturas nas unidades dos CAPS, desde uma simples pintura a manutenção do ar condicionado, uma frequência de falta de água em algumas unidades, como o CAPS da Rocinha, Maria do Socorro.

Os CAPS AD, CAPS AD III eles têm reclamado bastante da dificuldade dos turnos e de manter as atividades que são desenvolvidas na unidade por falta de alimentação ou vire mexe tem problema de redução do número de alimentação, de refeição fornecida. (...). Na semana passada o CAPS Maria do Socorro não estava funcionando a noite, então, pode ser que semana que vem consiga, enfim. É uma situação de muita precarização do trabalho né, enfim, é muito difícil assim. O Makeba por exemplo, vire e mexe não tem luz no Makeba, então, é uma dificuldade muito grande como você vai garantir o turno da noite né, então é isso (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

Nesse contexto, é de suma importância também mencionar a sobrecarga de trabalho que atinge os trabalhadores dos CAPS, pois muitos serviços acabam funcionando com a abrangência populacional superior à sua capacidade de atuação e, muitas vezes, com uma equipe reduzida devido a saída de alguns profissionais. Com a precarização dos serviços e dos vínculos de trabalho, é possível observar também o aumento de adoecimentos dos trabalhadores, contribuindo ainda mais para a sobrecarga da equipe e configurando um desafio manter com qualidade a assistência prestada aos usuários.

Eu tenho observado nesses 3 anos que eu tô mais diretamente na rede (2017, 2018, 2019 e agora 2020), eu tenho visto muitos adoecimentos dos trabalhadores, muitos trabalhadores estão adoecendo nos seus locais de trabalho, estão adoecendo por conta desse desmonte do SUS e das dificuldades das relações trabalhistas e da dificuldade de fato construir um cuidado com o sujeito, com o usuário, e muita gente por exemplo está indo de fato embora do Rio de Janeiro (...) os próprios trabalhadores estão ficando sem saúde mental (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Então, o município do Rio de Janeiro se você for olhar claro que ele veio fazendo uma ampliação, mas jamais chegou perto dos indicadores das próprias normativas. É muito fácil você pegar o número de CAPS e serviços de saúde. O número de serviços de saúde mental em cada área programática, a única área que tem uma relativa proporção/adequação ao número de dispositivos para sua população é a 3.2, aquela área que pega Engenho de Dentro, Méier, que você vai olhar aí e você tem uma rede que comporta mais ou menos, que prevê o que está na portaria. As demais você tem uma barreira física de serviços não é nem aquela barreira produzida pelo processo de trabalho dos profissionais. A área 3.1, eu moro na Ilha do Governador, e essa área que pega Ramos, Bonsucesso, Olaria, Fundão, Ilha, você tem dois CAPS adulto e um CAPS AD III, que é o Makeba, e um CAPSI, é muito pouco serviço. Eu não estou nem discutindo a qualidade dos serviços, estou falando numericamente são pouquíssimos dispositivos (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

Mesmo diante desse cenário caótico, as entrevistadas ressaltaram o comprometimento e o compromisso dos profissionais dos CAPS em manter o serviço funcionando e as ações sendo desenvolvidas seja por uma questão ideológica ou por uma implicação ética.

(...) tem muitos CAPS trabalhando de fato na perspectiva de cuidado na rua, de cuidado livre mesmo, do cuidado no território, de ir até os territórios mais difíceis, mas vai pra garantir ali o acesso né que é muito importante. E eu acho que os trabalhadores fazem e sustentam muito esses trabalhos, essas ações, esses processos porque acreditam de fato em uma Reforma Psiquiátrica, mesmo tendo menos profissionais do que deveria, mesmo os salários não sendo como deveriam, tendo gestões mais duras e que tem mais casos de assédio moral (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Mesmo com o processo de sucateamento né, problemas estruturais, atraso de salários dos profissionais, atraso na reposição de alguns medicamentos ou insumos necessários, mesmo assim, os CAPS eles sobrevivem e tem sobrevivido né, não com a mesma potencialidade, mas tem desenvolvido trabalhos importantes nos territórios, isso é muito importante de ver (...) (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

Então, você tem essas duas faces, intensa fragilidade e precarização dos processos de trabalho, das relações, mas também, mesmo assim tem gente fazendo coisas muito interessantes e não é porque é um feito heroico, um ato heroico, é porque as pessoas têm responsabilidade e uma ética de trabalho, um compromisso na defesa da vida né (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

Cabe assinalar que as condições e as relações de trabalho cada vez mais precárias que a saúde do município do RJ vem enfrentando, acarreta implicações no cuidado em saúde

mental assim como, compromete a plena efetivação da Reforma Psiquiátrica em âmbito municipal, principalmente quando a saída encontrada pelos gestores para esse cenário de precarizações é a de abertura de mais leitos em hospital psiquiátrico com justificativa de “não gerar desassistência”.

E aí eu posso falar, por exemplo, de uma experiência que eu vivi durante a especialização em 2017. (...) Foi o surgimento do Nenhum Serviço de Saúde a Menos, os trabalhadores se organizaram e sustentaram uma greve municipal, muitos estavam sem receber, inclusive, muitos trabalhadores da saúde mental, mas não só da saúde mental. Os trabalhadores do Pinel até pararam completamente, fecharam o Pinel por alguns dias e tudo mais, foi feita uma reunião no Instituto de Psiquiatria da UFRJ puxada pela superintendência de saúde mental pedindo para aquele hospital, que já é um hospital enorme, já é um hospital que tem mais de 100 leitos, abrir mais leitos custeados pelo município, então, a justificativa era que não podia gerar desassistência para os usuários a greve, sendo que na verdade não se pensou de fato porque aquele problema estava sendo colocado em cheque naquele momento, porque os trabalhadores estavam sem salário, porque os trabalhadores estavam fazendo greve, que forma de precarização era essa que levou a tal ação do movimento social, ação dos trabalhadores, que foi chegar ao ponto de fechar um serviço. O que foi pensado pela superintendência de saúde mental foi ampliar leito que é a contramão da Reforma Psiquiátrica, e não de fato pensar aquelas relações que são colocadas ali, então, acho que a entrada né da superintendência de saúde mental que se mantém há quase 20 anos e por muitas Prefeituras, eu acho que fala de um esfacelamento da Política de Saúde Mental no município do RJ porque está sendo conduzido por um projeto que está na contramão da Reforma Psiquiátrica (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Ressalta-se que apesar da greve puxada pelas categorias profissionais em decorrência do contexto de desmonte, verifica-se um esvaziamento dos profissionais de saúde mental nos espaços de luta coletiva, como por exemplo, nas reuniões do Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (NEMLA-RJ)⁶². Tal fato pode estar relacionado a vários fatores, dentre eles: o esgotamento, cansaço, exaustão, fragilização e o medo dos profissionais em sofrer assédio moral por parte de suas chefias. Todavia, salienta-se que esses espaços de luta são fundamentais para o fortalecimento e a organização dos trabalhadores.

⁶² O Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (NEMLA/RJ), é um Movimento Social considerado histórico na saúde mental, criado desde a década de 1980, tem como eixo central a luta pela extinção dos manicômios, dos preconceitos, medos e estigmas gerados por essas instituições. É composto por trabalhadores da rede de saúde mental, usuários desses serviços, seus familiares e todos aqueles que de alguma maneira se identificam com a bandeira “por uma sociedade sem manicômios”, salientam Martins et al (2017, p.226-227).

E a gente na luta antimanicomial, a gente inclusive, pensa o tempo todo o cenário e ações possíveis, porque a gente inclusive avalia a partir do que a gente vive no movimento, que a gente experiencia, que o movimento está muito enfraquecido por conta de todo o cenário, inclusive. Então, como a gente vai pensar em propostas, como a gente vai pensar enfrentar esse cenário com o movimento também enfraquecido decorrente de tudo isso. A gente tem se aproximado mais inclusive, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, porque existe o movimento nacional, existem os núcleos estaduais e os coletivos estaduais ou municipais. Então, a gente tem tentado fazer mais essa rede nacional. A gente teve um encontro super importante no final do ano passado em São Paulo do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial justamente com essa pauta assim, de que esse cenário está muito duro e é um cenário de morte mesmo para a política, e o que a gente pode pensar enquanto militante, enquanto movimento social.

(...) a gente tem dialogado mais por exemplo, com o Fórum de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, porque a gente está entendendo que só os espaços se unindo e unindo algumas bandeiras, que é em defesa do SUS, contra a precarização do trabalho, enfim. E inclusive, dialogando com essas pessoas e aproximando a pauta de saúde mental também desses movimentos, porque a gente não pode só falar entre a gente, a gente tem que falar com outras pessoas e se fortalecer mais. Então, a gente tem também buscado muito os sindicatos pra conversar, pra pensar em como a gente vai pensar, por exemplo, as relações trabalhistas dentro dos serviços de saúde mental, como que de fato está sendo possível pra esses trabalhadores sustentar uma Reforma Psiquiátrica, uma luta antimanicomial.

(...) acho que as pessoas estão muito cansadas pelas diversas disputas mesmo ideológicas, disputas de consciência em nível macro, que a gente tem feito nos últimos anos, então isso eu acho que desmobiliza muito as pessoas, esse cansaço, essa exaustão de fato, muitos parceiros antigos da luta antimanicomial falaram que iam dar um tempo nesses próximos meses, enfim, anos, que não sabiam quando voltariam pra preservar sua própria saúde mental, as pessoas estavam entrando em sofrimento, mas existe eu acho que muitas situações, por exemplo, de assédio (...) (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Destaco também o papel importante que a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no estado do Rio de Janeiro⁶³ vem construindo no município do RJ junto aos usuários e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente diante desse cenário de sucateamento dos serviços e perda de direitos dos trabalhadores. A frente atua em defesa dos direitos humanos, do fortalecimento dos CAPS e de condições dignas de trabalho aos profissionais de saúde.

⁶³ A Frente foi criada no dia 18 de maio de 2016, em razão do “Fora Valencius”. Apesar de ser uma organização institucional, também é constituída por movimentos sociais e academia. As reuniões da Frente são abertas e mensais.

Então, a Frente Parlamentar da ALERJ é formada não só pelo partido do PSOL, mas tem o PT e o PSB também compondo a Frente Parlamentar. Então, nós criamos um grupo de trabalho para além da reunião da Frente, de assessores parlamentares para acompanhar projetos de lei que violam a Reforma Psiquiátrica, direitos humanos, voltados para o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial. E a gente tem conseguido barrar ou pelo menos atrasar projetos de leis manicomiais. (...). A Frente Parlamentar ela tem uma articulação muito forte com o Ministério Público, a equipe de saúde do Ministério Público e a Defensoria Pública, eles compõem a Frente Parlamentar, eles participam das reuniões. Então, o nosso contato é muito direto, tendo violação de direitos humanos, quando o usuário sofre ou o trabalhador em saúde mental sofre os desmandos do executivo ou falhas no legislativo nós estamos em contato direto com a Defensoria e com o Ministério Público. Então, nós no ano passado com as demissões e a mudança de modelo de gestão da atenção básica e da saúde mental que o Prefeito propõe a saída das OS e a entrada da Rio Saúde foi demitida uma leva de profissionais da saúde mental e isso a gente entende que viola a continuidade do trabalho né e do cuidado que é construído no território em especial com os usuários da saúde mental. E nós recorremos a Defensoria Pública e a gente conseguiu uma luta coletiva, a gente conseguiu pressionar o executivo e ele voltou atrás e teve que recontratar toda a equipe multi que trabalha nos CAPS, psicólogos enfim, foram enfermeiros demitidos e a gente conseguiu recontratá-los via Rio Saúde, então, pra garantir a continuidade do cuidado né (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

Vimos ao logo deste tópico que a Rede de Atenção Psicossocial do município do RJ vem sofrendo intensas precarizações, o que tem configurado em ameaças de retrocessos ao campo da saúde mental. Nesse sentido, observamos que o hospital psiquiátrico tem reassumido um papel importante nessa rede fragilizada, sobretudo, nas situações de crise psíquica dos usuários. A seguir, iremos nos aprofundar nessa discussão.

3.3 Uma análise das internações psiquiátricas na Área Programática 3.0 do Município do Rio de Janeiro

Neste tópico farei uma análise acerca da importância que o hospital psiquiátrico ainda ocupa na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Ressalta-se que essa análise será realizada com base na minha experiência como Assistente Social de uma Enfermaria masculina de um hospital psiquiátrico situado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente na AP 3.2, no período de 2017 a 2019, como também em planilhas que tive acesso no hospital e nas entrevistas realizadas com profissionais que possuem vinculação com o campo da saúde mental, tanto pela via da prática profissional quanto pela via da militância,

política ou universidade.

O hospício que iremos abordar neste trabalho tem origem em 1911, quando abrigou a primeira colônia agrícola destinada aos alienados indigentes oriundos do Hospício Nacional de Alienados (HNA), também conhecido como Hospício de Pedro II⁶⁴. Nas primeiras décadas de existência, a então “colônia” funcionava como parte da rede de Assistência aos Alienados, que tinha o Hospício de Pedro como instituição central. Contudo, ao longo da década de 1940, as estruturas médicas e administrativas do antigo Hospício de Pedro II foram transferidas para onde funcionava a colônia. A partir daí essa instituição passa a funcionar como o principal centro psiquiátrico da cidade, sendo renomeada. Nos anos 2000, a administração dessa instituição passa para a esfera municipal, e o hospital muda novamente de nome, passando a ser denominado por Instituto.

Dentro desse Instituto funcionam diversos serviços, dentre eles: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Convivência, Ponto de Cultura, Museu, Centro de Estudos, Núcleo de Reabilitação e Integração Social (NRIS)⁶⁵, Farmácia, Núcleo de Atenção à Crise (NAC) entre outros.

No Núcleo de Atenção à Crise funcionavam as enfermarias destinadas aos usuários em crise psíquica, entretanto, também tinha alguns usuários de longa permanência (em processo de desinstitucionalização), aguardando vaga em uma Residência Terapêutica (RT). Em outubro de 2019, o NAC possuía 52 leitos, distribuídos em três enfermarias (masculina, feminina e acolhimento⁶⁶). Vale informar que as internações de crianças não acontecem no NAC desde o ano de 2017, quando a enfermaria foi fechada.

A equipe multiprofissional do NAC era composta por assistentes sociais, psicólogas, médicos (as) diaristas e plantonistas, enfermeiros (as) diaristas e plantonistas, técnicos (as) de enfermagem, acompanhantes territoriais⁶⁷ entre outros. Além da equipe multidisciplinar, tínhamos a coordenação, direção, equipe administrativa, de limpeza e copa. Falarei especificamente da composição da equipe de nível superior da enfermaria masculina em que trabalhei. Era composta por 2 assistentes sociais, 1 psicóloga, 1 médica diarista e 1 enfermeira

⁶⁴ Inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil.

⁶⁵ Esse Núcleo é composto pelas moradias internas do Instituto. Nessas moradias encontram-se os usuários que estão institucionalizados há muitos anos, e aguardam vaga em uma Residência Terapêutica (RT) ou a possibilidade do retorno familiar.

⁶⁶ Essa enfermaria era menor em número de leitos e recebia inicialmente usuários do sexo masculino que se encontravam em crise mais aguda. Posteriormente, não havia mais o critério de atender casos mais agudos. Porém, continuou acolhendo somente homens, pois nessa enfermaria estava internada uma usuária de desinstitucionalização que convivia melhor com homens.

⁶⁷ São profissionais de nível médio que acompanhavam os usuários em atividades fora do hospital. Cabe ressaltar a importância desses profissionais no processo de resgate da autonomia e cidadania dos usuários internados.

diarista. Durante o período em que trabalhei nesta enfermaria, o número de leitos variava de acordo com a necessidade da rede⁶⁸, já chegamos a ter quase 30 leitos.

O Núcleo de Atenção à Crise foi fechado em dezembro de 2019 devido a comprometimentos estruturais no prédio, segundo a Prefeitura. Com isso, os usuários de crise que estavam internados no momento do fechamento foram transferidos para outros hospícios da cidade. Já os usuários de longa permanência, foram transferidos para as moradias internas do Instituto. Com relação aos profissionais que integravam a equipe do NAC, houve uma distribuição na rede⁶⁹: alguns foram remanejados para outros hospitais psiquiátricos municipais da rede, outros foram lotados nas moradias, uma psicóloga foi lotada no ambulatório de saúde mental do território e grande parte da equipe foi lotada em uma CAPS da mesma área programática para que ele pudesse se tornar um CAPS III.

Pontua-se que o NAC era referência⁷⁰ de internação para os usuários que residiam nas seguintes áreas programáticas: AP 3.1 (Região da Leopoldina e Ilha do Governador), AP 3.2 (Grande Méier) e AP 3.3 (Região de Madureira e adjacências). Essas áreas englobam cerca de 80 bairros, constituindo-se na área programática mais populosa da cidade, com 2.399.159 habitantes, o que abrange 38% da população da cidade. É importante sinalizar que quase metade da população que reside na AP 3.0 moram em favelas, e das dez maiores favelas da cidade, sete estão localizadas nesta área, conferindo ao território um cenário urbano diferenciado, com grandes regiões de pobreza e violência (ECHEBARRENA, 2018).

Dessas áreas programáticas, a que possuía cobertura mais satisfatória de CAPS no ano de 2016 e com a menor população em comparação as demais áreas era a AP 3.2⁷¹ (RIO DE JANEIRO, 2016). Contudo, só possuía um CAPS com funcionamento 24h, sendo um CAPS AD III. Abaixo podemos verificar na tabela a cobertura de CAPS da AP 3.0 no ano de 2016:

⁶⁸ As vezes era necessário abrir leito extra devido a lotação das emergências psiquiátricas, sobretudo, no período em que os profissionais dos CAPS estavam em greve.

⁶⁹ Cabe sinalizar que também tiveram profissionais que pediram demissão.

⁷⁰ As internações seguiam o princípio da regionalização, ou seja, na medida do possível, os usuários eram internados próximos de suas residências. Contudo, isso dependia também da disponibilidade de leitos. Por isso, muitas vezes recebíamos usuários de outras áreas programáticas e quando era possível, fazíamos o redirecionamento do usuário para o seu território de origem. Ressalta-se que o redirecionamento facilitava o acompanhamento da internação do usuário tanto pelos familiares quanto pelos serviços de saúde mental territoriais.

⁷¹ Atualmente, a AP 3.2 continua tendo uma cobertura mais satisfatória, possuindo 1 CAPS AD III, 2 CAPS III adulto, 1 CAPS II e um CAPSi III.

Tabela 5 – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro no ano de 2016

AP	POPULAÇÃO ESTIMADA (2016)	TOTAL DE CAPS	CAPS III	CAPS AD III	COBERTURA 2016
3.1	900.477	6	1	1	78%
3.2	572.206	4	0	1	79%
3.3	948.800	4	0	1	47%

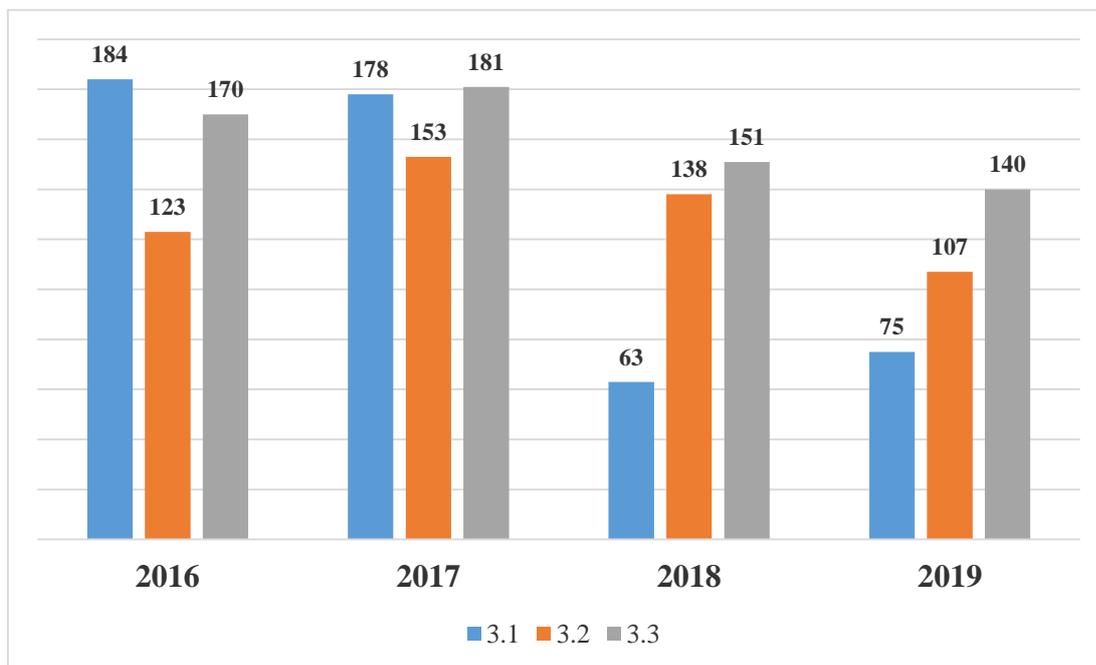
Fonte: RIO DE JANEIRO, 2016. Elaboração própria.

A partir do ano de 2019, a AP 3.2 ganha um CAPS III Adulto, e com o fechamento das enfermarias de crise do NAC, um dos CAPS II Adulto desse território é transformado em CAPS III. Assim, passaram a funcionar três CAPS III na mesma rua.

Eu nunca vou dizer que a gente tem CAPS demais em nenhuma área programática, porque eu acho que a gente não tem de fato. Mas é uma falta de planejamento da gestão porque se a gente tem área que não tem nenhum CAPS III como que uma área programática, em uma rua, vão ter 3 CAPS III. Se a gente tem área programática que tem 1 milhão e 200 mil pessoas e que tem 1 CAPS III, como que uma área que é não sei se é a menos populosa, mas que tem mais recursos, mais serviços de saúde vai receber outro CAPS III, é falta de planejamento de fato (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Ressalto que também concordamos com a entrevistada no que diz respeito a falta de planejamento da gestão para implementação ou transformação de um serviço em CAPS III, como vimos o que ocorreu na AP 3.2. Podemos conferir no gráfico abaixo que a área programática 3.2 apresentou um número significativo de internações em todos os períodos analisados, se destacando em segundo lugar com mais internações nos anos de 2018 e 2019, mesmo tendo a cobertura mais satisfatória de CAPS. Porém, enfatiza-se que alguns CAPS dessa área estavam com uma defasagem grande de profissionais, pois as equipes eram compostas majoritariamente por servidores, e quando estes se aposentavam, não havia reposição de recursos humanos, o que comprometia o cuidado dos usuários.

Gráfico 1: Número de internações psiquiátricas por Área Programática (AP 3.0)⁷²



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

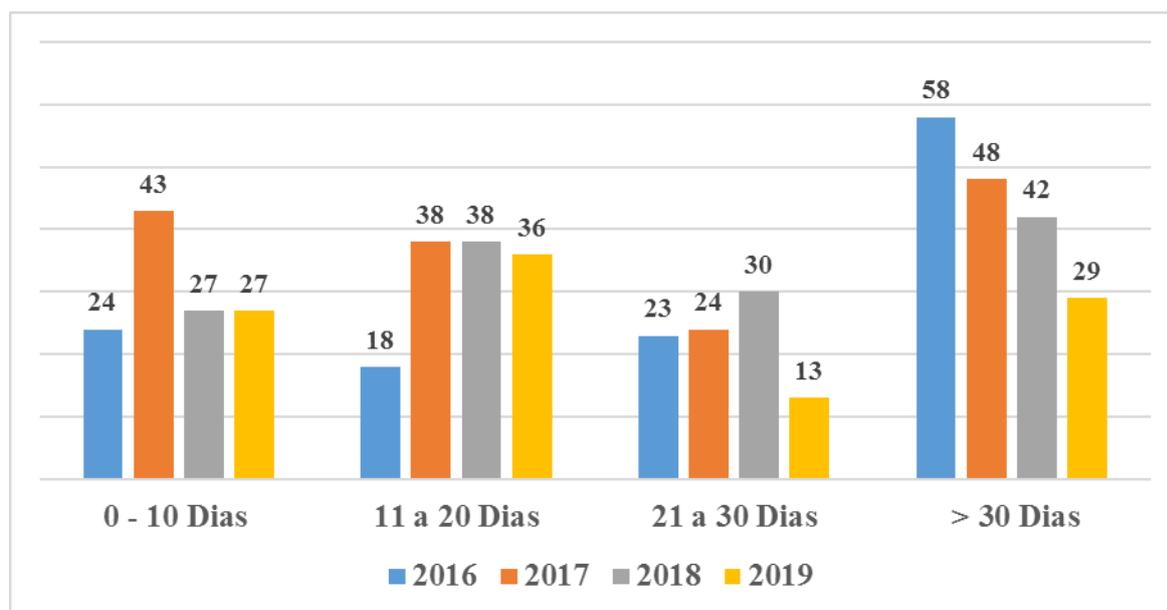
É possível identificar no gráfico que a AP 3.3 foi a área que alcançou um maior número de internações psiquiátricas no Núcleo de Atenção à Crise (NAC) no período analisado da pesquisa, só perdendo o posto de primeiro lugar no ano de 2016 para a AP 3.1. Mas ainda assim, teve um número significativo de internações. Assinala-se que o declínio das internações da AP 3.1 verificado no gráfico nos anos de 2018 e 2019 pode ter relação com o fato de um outro hospital psiquiátrico também ter se tornado referência de internação para essa área.

Consideramos importante traçar o perfil⁷³ das internações psiquiátricas das áreas programáticas 3.0, destacando sexo e faixa etária dos usuários internados, assim como o tempo de ocupação dos leitos. Começaremos detalhando as informações da área programática 3.2 por já ter falado anteriormente desta área.

⁷² Encontramos na planilha analisada o registro de internação de dois adolescentes (16 e 17 anos) no ano de 2016. Uma moradora da AP 3.3 e outro da AP 3.1.

⁷³ Ressalta-se que não conseguimos traçar um perfil mais detalhado por falta de informações, tais como raça/cor, grau de escolaridade entre outras informações.

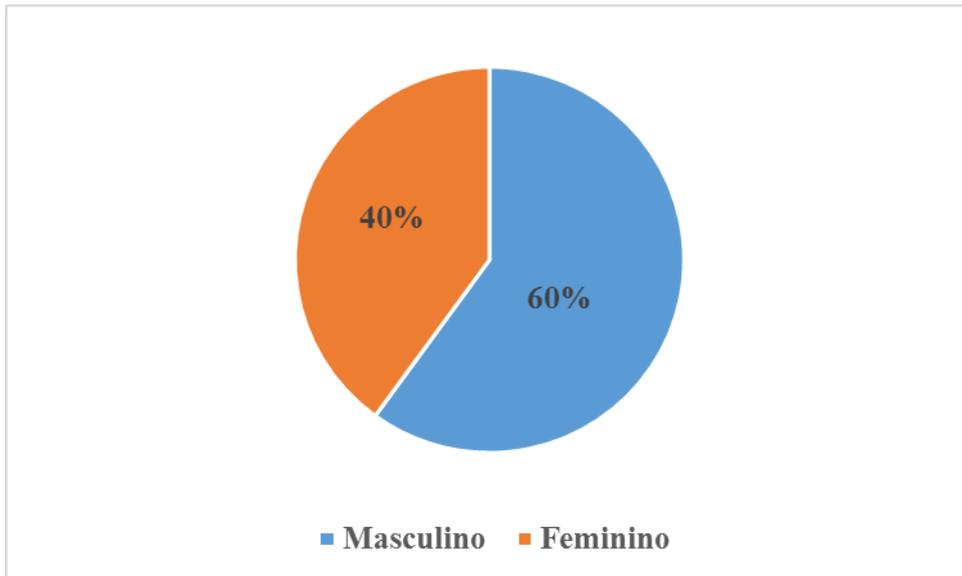
Gráfico 2: Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.2)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Verificamos no gráfico que a AP 3.2 concentra um número significativo de internações psiquiátricas com duração superior a 30 dias entre o período de 2016 a 2019, tendo um pico maior no ano de 2016. O tempo de internação dos usuários varia de acordo com diversos fatores, dentre eles: estabilização do quadro, rede de apoio, aderência ao tratamento extra hospitalar entre outros. Em nossa experiência, os usuários que ficavam mais tempo internados eram aqueles que não possuíam uma rede de suporte social. Por vezes, recebíamos usuários que estavam em situação de rua, sem nenhuma identificação e com uma produção delirante significativa, o que dificultava a gente obter informações básicas como o seu próprio nome. Esses casos geralmente demandavam mais tempo para que a equipe pudesse descobrir minimamente informações sobre a pessoa e seus familiares, e construir estratégias de cuidado em rede, principalmente, quando se tratava de usuários que residiam em outro estado.

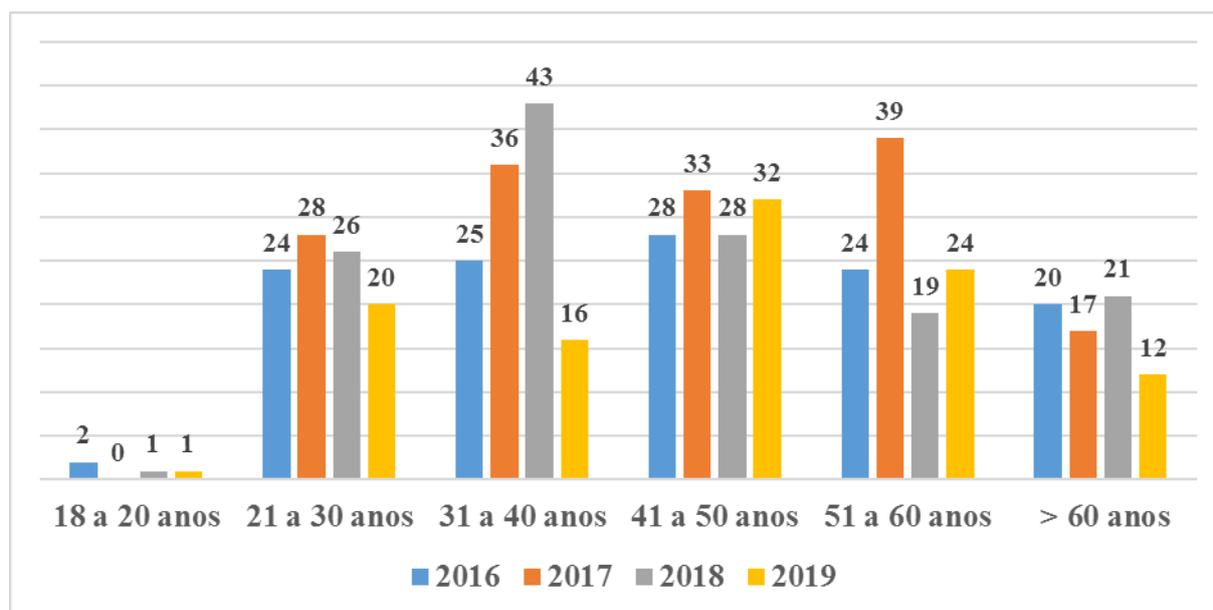
Gráfico 3: Percentual dos usuários internados por sexo da AP 3.2 (2016 a 2019)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Como podemos ver no gráfico, a maior parte dos usuários residentes da AP 3.2 que foram internados no Núcleo de Atenção à Crise no período de 2016 a 2019 eram do sexo masculino. Veremos mais adiante que esse é um dado que irá se repetir nas outras áreas da AP 3. Atribuímos o maior percentual de internações de usuários do sexo masculino ao fato de que na maioria das vezes, os homens apresentam maior resistência em aderir ao tratamento em saúde mental. Essa resistência pode estar atrelada a fatores culturais, sociais, pessoais e estruturais (CARNEIRO, 2016 apud QUEIROZ ET AL, 2020). A construção sociocultural de que homem é um ser forte e viril aliada ao estigma da loucura, acaba dificultando a busca dos homens por cuidado em saúde mental.

Gráfico 4: Faixa etária dos usuários internados da AP 3.2



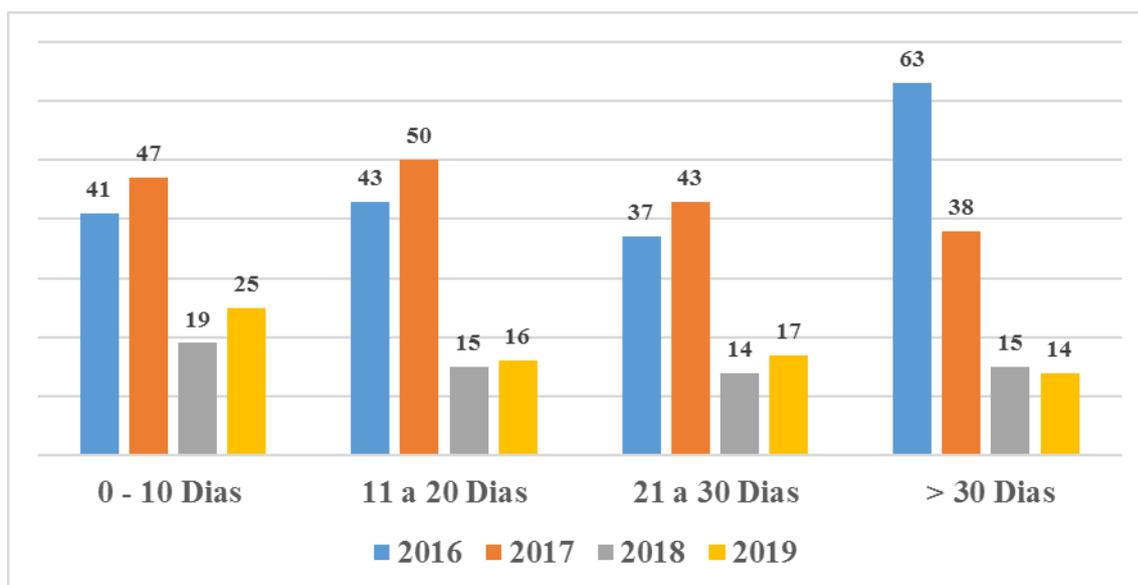
Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

É possível conferir no gráfico que a faixa etária com mais internações da AP 3.2 entre os anos de 2016 a 2019, são de usuários entre 41 a 50 anos de idade. Todavia, o ano de 2018 apresentou um pico maior de internações de usuários com a faixa etária de 31-40 anos. A seguir, iremos analisar as internações psiquiátricas na AP 3.1.

A AP 3.1 é uma região bastante populosa, abrangendo alguns bairros mais pobres da cidade, com percentual grande de área ocupada por favelas. De acordo com Oliveira (2015) apud Vainer (2016), “alguns dos piores níveis do IDH do município do Rio de Janeiro estão em bairros da AP 3.1, entre eles Mangueiros, Complexo da Maré e Complexo do Alemão” (p.52). No ano de 2016, a região possuía cerca de 78% da cobertura de CAPS (RIO DE JANEIRO, 2016). Entretanto, neste mesmo ano essa área programática obteve o maior número de internações psiquiátricas no NAC, como podemos ver no gráfico 1.

Vale destacar que no ano de 2016 a AP 3.1 possuía apenas dois CAPS III, sendo um AD e o outro Adulto. Recentemente, um CAPS II Adulto dessa área programática foi transformado em CAPS III. Desta forma, a AP 3.1 passou a contar com três CAPS em funcionamento 24h. No final do ano de 2020, nessa área programática também passou a funcionar mais um CAPS infantil, tendo sido implementado no bairro da Ilha do Governador.

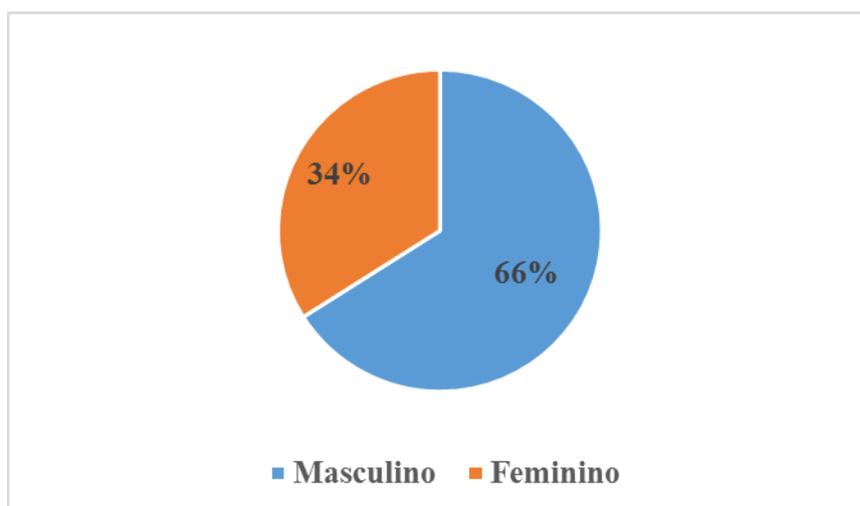
Gráfico 5: Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.1)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

O gráfico nos mostra que o ano de 2016 apresentou um número maior de internações psiquiátricas com duração superior a 30 dias. Contudo, ao longo dos anos ocorreu um decréscimo significativo das internações com esse tempo de permanência.

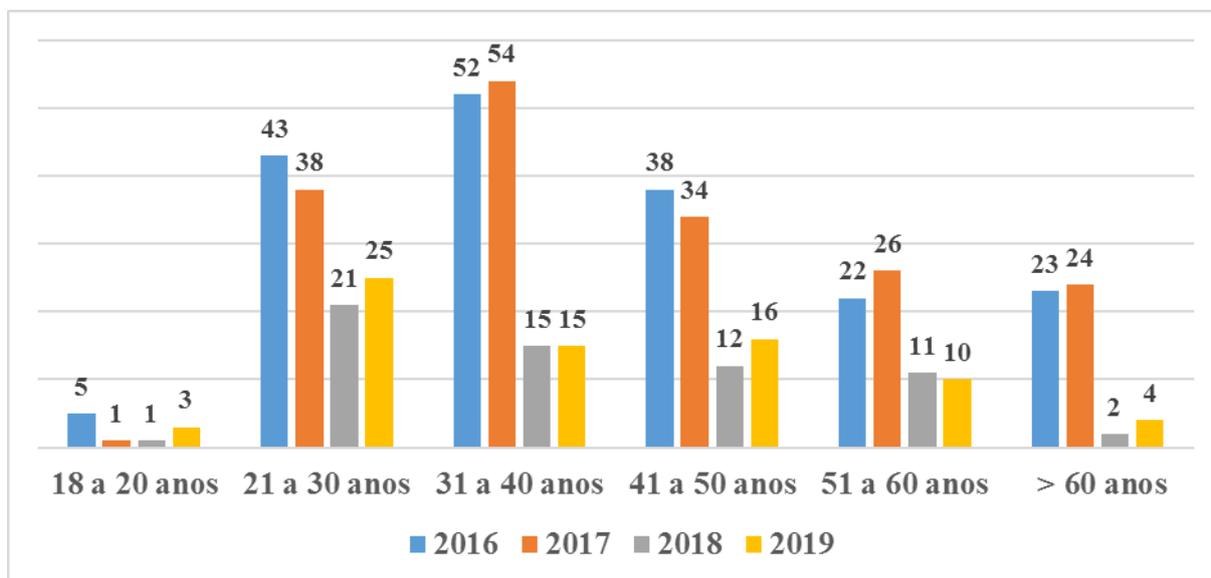
Gráfico 6: Percentual dos usuários internados por sexo da AP 3.1 (2016 a 2019)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Como já ressaltamos anteriormente, há uma predominância de internações de usuários do sexo masculino nas três áreas que compõem a AP 3.0

Gráfico 7: Faixa etária dos usuários internados da AP 3.1

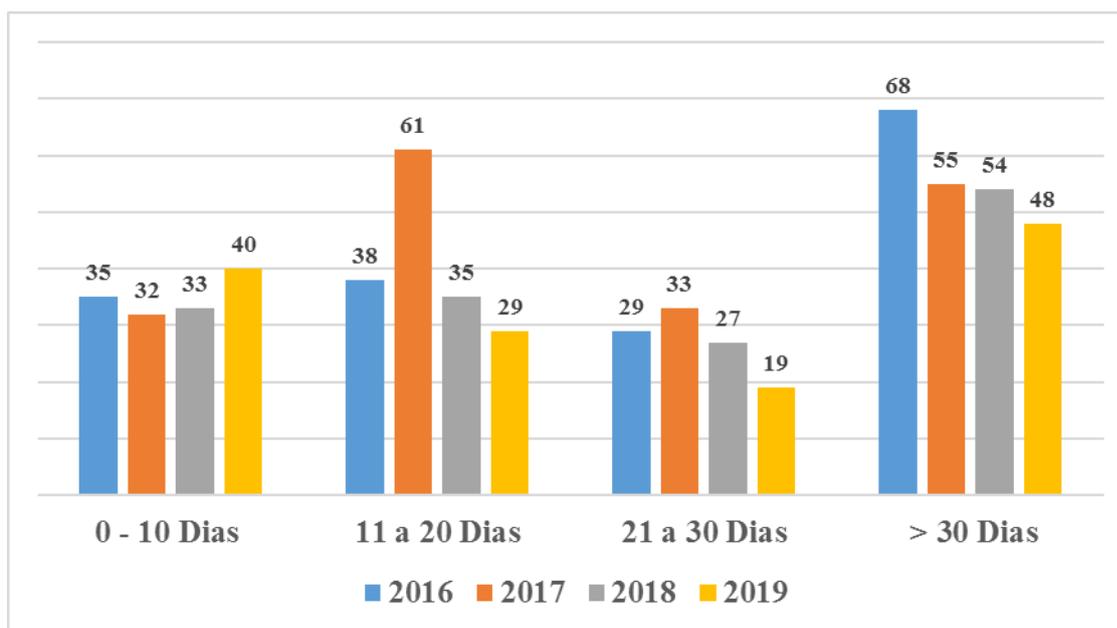


Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

O gráfico acima nos mostra que a faixa etária com mais internações da AP 3.2 entre os anos de 2016 a 2019, são de usuários entre 31 a 40 anos de idade, tendo os anos de 2016 e 2017 apresentado um maior pico de internações nessa faixa etária. A seguir, iremos analisar as internações psiquiátricas na AP 3.3.

A AP 3.3 é a área mais populosa da área programática 3, e assim como a AP 3.1, também apresenta um dos piores IDH da cidade e com uma concentração enorme de favelas. Salienta-se ainda que apesar dessa área possuir um número alto de internações psiquiátricas, apresenta um déficit muito grande de CAPS, sobretudo, de CAPS III. Dispõe de apenas um CAPS III, que é na modalidade AD.

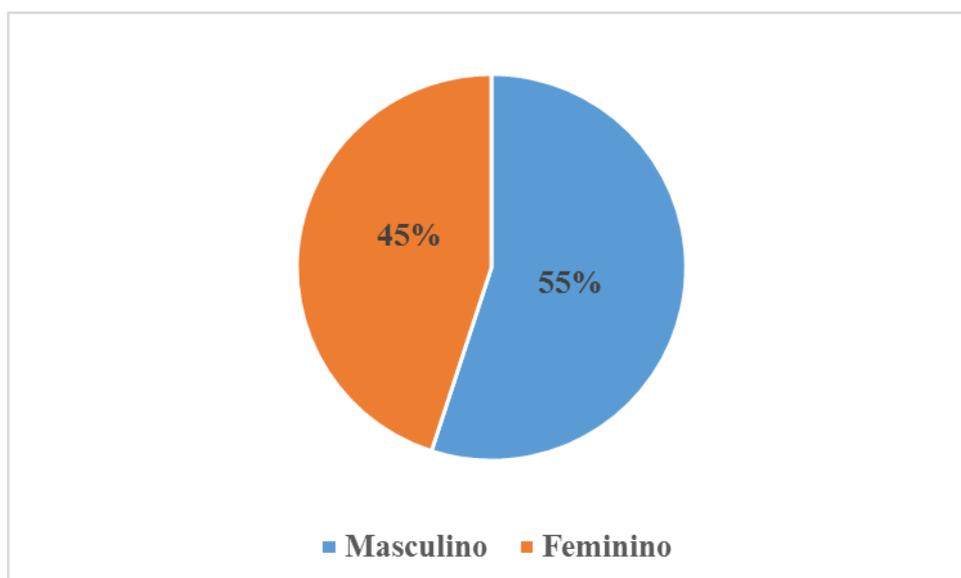
Gráfico 8: Quantitativo do tempo médio de duração das internações psiquiátricas (AP 3.3)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Observamos no gráfico que a AP 3.3 possui um número significativo de internações psiquiátricas com duração superior a 30 dias entre os anos de 2016 a 2019, tendo o ano de 2016 apresentado um maior pico de internações com esse tempo de duração.

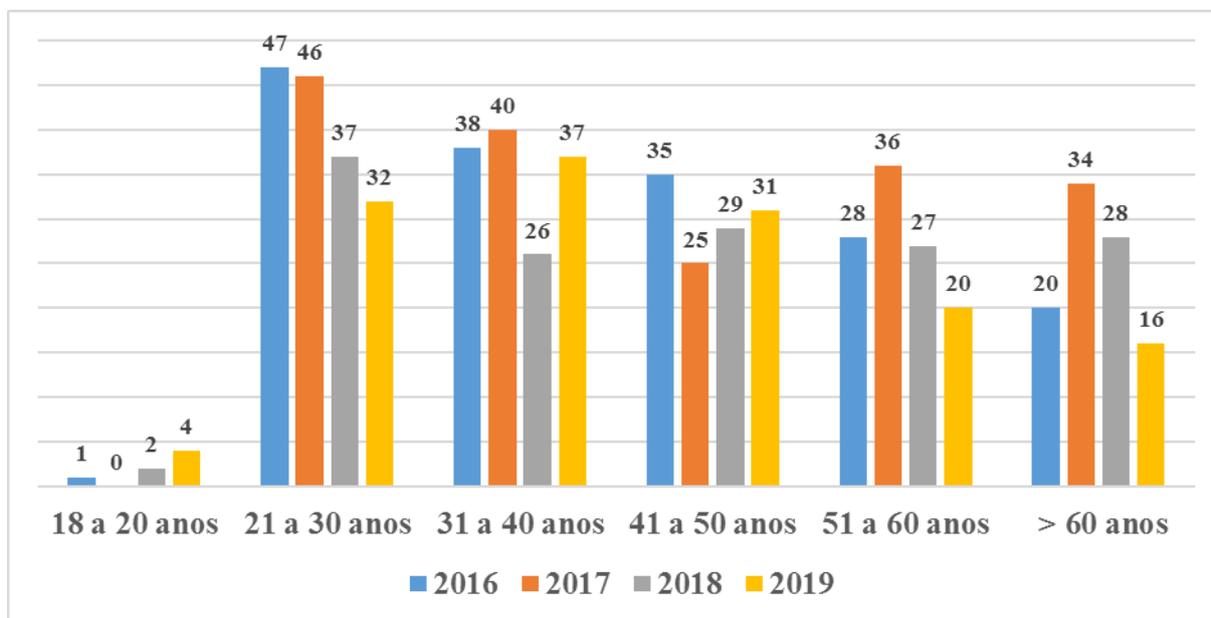
Gráfico 9: Percentual dos usuários internados por sexo da AP 3.3 (2016 a 2019)



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Apesar do maior quantitativo de usuários internados da AP 3.3 serem do sexo masculino, essa área foi a que teve uma maior aproximação na proporção de homens e mulheres internados.

Gráfico 10 - Faixa etária dos usuários internados da AP 3.3



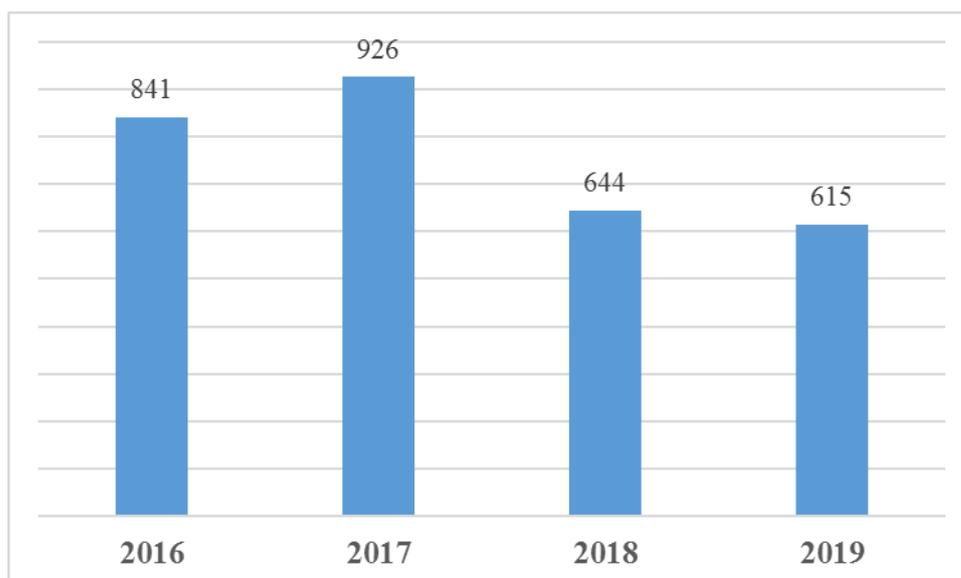
Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2020.

Verificamos no gráfico que a faixa etária com mais internações da AP 3.3 entre os anos de 2016 a 2019, são de usuários entre 21 a 30 anos. Destaco o alto índice de jovens internados, e muitos com seus quadros psíquicos agravados decorrente do uso prejudicial de substâncias psicoativas⁷⁴, como a maconha e a cocaína.

Abaixo podemos ver no gráfico o quantitativo geral das internações psiquiátricas que ocorreram no NAC no período da pesquisa.

⁷⁴ São substâncias químicas que agem no sistema nervoso central e podem causar alterações na função cerebral, tais como mudanças de humor, alteração na consciência, no comportamento e na percepção dos usuários. As drogas ilícitas como a maconha e a cocaína são exemplos de substâncias psicoativas.

Gráfico 11 – Quantitativo anual de internações psiquiátricas no hospital em estudo

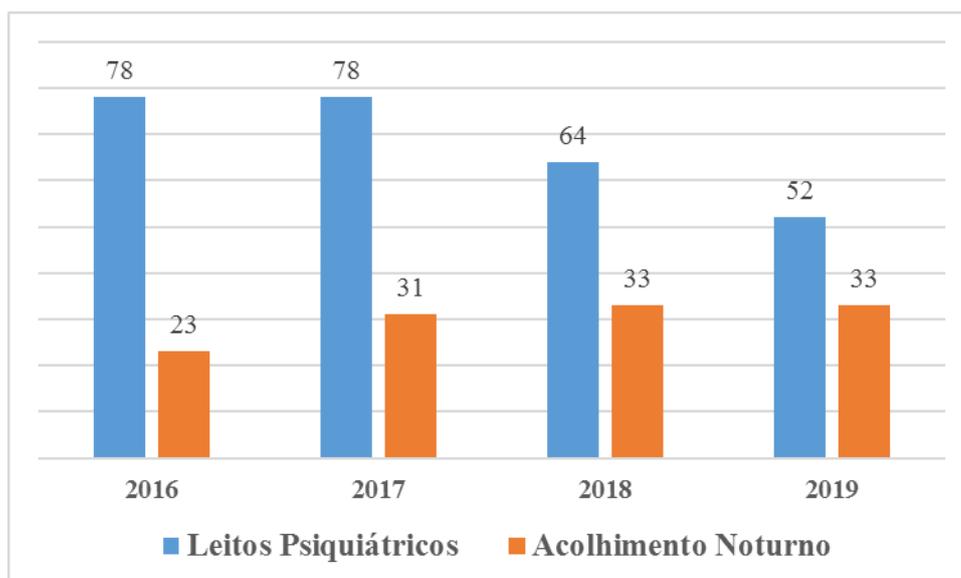


Fonte: Elaboração própria, 2020. Dados obtidos nas planilhas do NAC. Acesso em: dez. de 2020.

Verifica-se uma queda no número de internações no NAC nos anos de 2018 e 2019, contudo, os dados nos revelam que o hospício ainda é importante para a rede de saúde mental. Cabe lembrar que esse gráfico realiza uma projeção do total das internações, ou seja, essa queda pode estar relacionada a diversos fatores que ocorreram na rede do município do RJ, como: aumento de leitos em outros hospitais psiquiátricos, emergências ou acolhimento noturno. Do total das internações que ocorreram no ano de 2018, cerca de 55% correspondem a área programática 3. Já no ano de 2019, cerca de 52% das internações correspondem a AP 3.

Vale também realizarmos uma comparação do número de leitos disponíveis no NAC no período da pesquisa e o número de leitos disponíveis para acolhimento noturno nos CAPS III da área programática 3.0.

Gráfico 12 – Quantitativo de leitos psiquiátricos e de leitos de acolhimento noturno na AP 3.0



Fonte: Elaboração própria, 2020. Dados obtidos no CNES/DATASUS e planilhas do NAC. Acesso em: dez. de 2020.

Cabe destacar que a maior parte dos leitos de acolhimento noturno estão localizados na AP 3.1, dispendo de 2 CAPS em funcionamento 24h, sendo um AD e o outro Adulto, totalizando no ano de 2016 e 2017 cerca de 15 leitos e nos anos de 2018 e 2019 cerca de 17 leitos. Pontua-se também que no ano de 2015 foi inaugurado um CAPS AD III na área programática 3.3, porém, os leitos desse CAPS não estão sendo contabilizados no CNES/DATASUS no ano de 2016. O mesmo também acontece com um CAPS III Adulto que foi implementado na AP 3.2 no ano de 2019.

Segundo Fagundes Júnior, Desviat e Silva (2016, p.1454), o município do Rio de Janeiro promoveu uma extensiva redução de leitos psiquiátricos nos últimos quinze anos (cerca de 2400 leitos). Como resultado, as internações foram reduzidas de 42.762, em 2002, para 20.404, em 2012. Entretanto, os autores colocam que as internações ainda são massivamente realizadas em hospitais psiquiátricos evidenciando a frágil implantação dos dispositivos de base comunitária com acolhimento noturno e de leitos localizados em hospitais gerais. Em nossa pesquisa, as entrevistadas também destacaram a baixa cobertura de CAPS III no município do RJ e as implicações para o cuidado em saúde mental, sobretudo, na atenção à crise psíquica dos usuários. As entrevistadas 1 e 4 também enfatizaram a falta de

vontade política dos gestores em implementar esse tipo de serviço na cidade, o que contribuiria para o desmonte da lógica manicomial.

Eu acho que se a gente for pensar de fato em uma saúde mental comunitária de qualidade né e que dê conta das crises, que substitua o hospital psiquiátrico, que substitua o modelo asilar assim, a gente tem muito pouco recurso né, a gente tem muitos poucos leitos de acolhimento noturno, muitos poucos serviços.

(...) eu trabalho em um CAPS III que é o único CAPS III de uma área programática da cidade e a gente cobre sendo o único CAPS III com nove leitos um território de cerca de 1 milhão e 200 mil pessoas, como que a gente vai de fato assistir 1 milhão e 200 mil pessoas, sendo o único CAPS III com cerca de 40 profissionais e um território gigantesco né e que tem diversos atravessamentos, atravessamento da violência, da miserabilidade, que tudo isso a gente sabe que influencia na saúde das pessoas, da falta de saneamento, então de fato não somos nem um pouco suficientes, infelizmente.

Então, sustentar a Reforma Psiquiátrica dentro desse contexto do município do RJ não está sendo uma opção da superintendência de saúde mental (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Você vê os CAPS III que poderiam estar suprindo um pouco e segurando um pouco essa demanda de internação, são pouquíssimos no Rio de Janeiro. Então, você efetivamente, um CAPS II que funciona de segunda à sexta-feira, não funciona final de semana, como é que ele vai sustentar uma crise assim, não consegue. Então, acaba que a existência dos hospitais psiquiátricos ainda tem a ver com isso, com esse reflexo. E aí é uma situação muito complicada porque se existe você tem que tentar fazer uma conversa com isso, as equipes precisam entender que o cuidado é longitudinal, o paciente é seu e isso é muito complicado porque a maioria das vezes você quando entra em uma crise que há necessidade de fazer uma internação em um hospital psiquiátrico, as equipes não sustentam, são poucas as equipes que sustentam a continuidade do cuidado na internação, seja por “n” razões. Acredito, inclusive, que muitos têm uma precariedade material, falta carro, às vezes o serviço é distante (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

(...) acho que tem a ver com o pouco número de CAPS III de atenção à crise, você precisaria de mais serviços para poder realmente substituir o hospital (...). (...) os CAPS todos tinham que ser CAPS III, mas com mais gente, né. Virar CAPS III com aquela carência de pessoal que já estava os outros CAPS (...) é meio complexo. (...). Então, eu acho que hoje por exemplo, no Rio de Janeiro, hoje você podia ter outro quadro se fosse possível criar mais CAPS III. (...). Você precisa ter uma vontade política para fazer isso, só isso. Não tem vontade política, se não tem vontade política você também não vai ter orçamento para isso, não vai ter condições financeiras porque se você não tem vontade política isso não entra no planejamento, você não faz. (...). Então, no Rio o Manicômio, os hospitais psiquiátricos, ainda ocupam esse lugar por essa opção política do governo, por uma falta de pressão, de

capacidade de pressão política e de poder dos gestores, no caso da Saúde Mental do Hugo para baixo, dos gestores de unidade, inclusive. (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município RJ).

Na cidade do Rio de Janeiro, o hospício tem se constituído também como recurso de atenção à crise, sobretudo, a partir dos reflexos de uma rede de serviços territoriais que vem sofrendo intensas precarizações. Jardim (2017) aponta que, quando um CAPS não consegue acompanhar os usuários em episódios de crise, ele acaba direcionando essa demanda aos hospitais psiquiátricos, o que reforça a centralidade do hospício e fortalece a lógica manicomial. Em suas falas, as entrevistadas também sinalizaram a importância que o hospício ainda ocupa na rede, principalmente, a partir da fragilização dessa rede substituta.

Então, a precarização dos serviços acaba rebatendo no hospital psiquiátrico né e infelizmente acaba de alguma forma reforçando a importância do hospital psiquiátrico, porque a sociedade de modo geral olha para o CAPS e fala: está vendo não dá conta, não pode acabar o hospital psiquiátrico porque o CAPS não segura uma crise. Mas na verdade é que condições esses serviços e esses trabalhadores estão tendo pra trabalhar para segurar uma crise, pra prestar os cuidados necessários e tentar fazer promoção de saúde mental, tentar fazer estabilização de usuário, enfim, aí é muito difícil (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Um outro problema que é muito grave é o processo de sucateamento da RAPS, em especial dos CAPS, falta de medicamento, falta de profissional, isso tem levado a um processo crescente de internação num caos desse, as pessoas entrando em colapso, em depressão, e você vê uma rede muito pequena. Então, de fato tem tido uma maior internação pelo relato dos profissionais, infelizmente né. É muito duro dizer isso, mas infelizmente isso tem acontecido. (...) não podemos ter investimento em manicômios, em hospitais psiquiátricos, em eletrochoque, isso nós não podemos permitir né. Então, a partir do momento aonde você faz uma prevenção, acompanhamento no território, todo o processo que é desenvolvido o cuidado em saúde mental, você prevê a diminuição das internações né, enfim, da rede funcionando, da conexão com a atenção básica, com o consultório na rua, com os CAPS (Entrevistada 2 – Nutricionista/ Representante da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e Luta Antimanicomial).

Infelizmente, é com muito pesar que eu digo isso, o hospital psiquiátrico ocupa um papel importante, não que eu qualifique essa importância, quisera eu que isso não existisse né, mas ele ainda ocupa um lugar eu não sei se central, ele não é mais um lugar central, isso realmente não é felizmente. Mas ele ainda é um lugar de destaque, você vê ainda, e aí por “n” razões. (...) as RAPS do Rio de Janeiro elas são muito frágeis, elas são numericamente insuficientes, então como você vai fazer com todos os casos graves de psiquiatria para um serviço com população de 1 milhão de habitantes, acaba que o CAPS não consegue dar conta e acaba usando a internação (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

(...) jamais poderia dizer que o Hospital Psiquiátrico daria uma resposta mais efetiva, não dá. A questão é que no contexto em que você não tem um CAPS enquanto um equipamento não dá, não dá. (...) chega na situação de crise você não tem estratégia de saúde da família que está barrando isso lá embaixo, depois você não tem CAPS para segurar ali. Mas você tem as emergências psiquiátricas, ou seja, chega de novo nas emergências psiquiátricas e nos hospitais, porque você não tem as barreiras, no sentido positivo, as modalidades de cuidado primário ali. (...) seja diretamente pelos CAPS, como você não tem isso, as pessoas vão chegar nas emergências das unidades gerais, das psiquiátricas (Entrevistada 4 – Psicóloga/ Trabalhadora aposentada da rede de saúde mental do município RJ).

Em nossa experiência, por vezes, nos deparamos com o hospício exercendo papel fundamental na articulação da rede de cuidados territoriais a fim de inserir o usuário no tratamento extramuros, principalmente quando o usuário chegava pela via da internação apresentando sua primeira crise psíquica.

Diante do exposto, observamos que a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro ainda conta com o hospício como recurso de tratamento em situações de crise psíquica. Na fala das entrevistadas fica explícito que tal situação ainda ocorre devido a um quadro de precarizações que a rede extra hospitalar vem sofrendo, o que acaba dificultando o suporte à crise, e fazendo com que os profissionais busquem a internação como saída.

Notamos que a conjuntura neoliberal de desinvestimento em políticas públicas, sobretudo, em relação à política de saúde mental, aliada a um projeto político de desmonte dos serviços substitutivos, tem rebatimentos significativos nas internações psiquiátricas, contribuindo para o fortalecimento da lógica manicomial e estabelecendo desafios e impasses para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Então, a gente vê que a Reforma Psiquiátrica em si está com muita dificuldade eu acho que de avançar e de, inclusive, sustentar alguns serviços assim, sustentar a saúde também dos trabalhadores que estão na ponta, sustentar a assistência aos usuários, às condições de trabalho estão cada vez mais precárias e tudo isso influencia na Reforma Psiquiátrica e influencia no caminho que a gente vai trilhar pra ser antimanicomial, que é o que eu acredito (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Vale lembrar que o hospital psiquiátrico também não está isento do processo de precarização. Além das péssimas condições de trabalho, os trabalhadores do hospício também enfrentam a questão dos atrasos salariais. Contudo, muitas vezes não questionamos como o hospício está dando conta de suas demandas se também está sendo afetado pelo contexto de

sucateamento e precarizações. Talvez esse “não questionamento” pode ter relação com a nossa herança manicomial, em que a estrutura asilar sempre esteve muito presente e destinada a uma parcela muito bem definida da população – negros, pobres, vulneráveis.

Cabe destacar que ao longo do nosso trabalho na internação nos deparamos com situações em que os profissionais dos CAPS indicavam a internação para o usuário em episódio de crise, entendendo a internação no manicômio como recurso mais eficaz de “barrar” a loucura, podendo então, contornar mais rapidamente a crise. Inclusive, muitas vezes questionavam a posição da equipe do hospital com relação à alta hospitalar. Fato curioso é que a maioria desses profissionais apresentavam discursos em defesa da Reforma Psiquiátrica e se intitulavam antimanicomiais.

Também passamos por situações em que serviços substitutivos indicavam a internação de usuários que ainda não realizavam acompanhamento no serviço, com a justificativa de “internar para conhecer”. Ou seja, para esses profissionais a internação possibilitava a construção do vínculo entre o usuário e o serviço. É importante esclarecer que essas posições profissionais vinham não só de profissionais de CAPS II, mas também de profissionais de CAPS III, isto é, que possuíam o recurso do acolhimento noturno no próprio serviço. Como bem pontua Amarante (1995, p.84), “o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional”. Sendo assim, “em todos os percursos de transformação, corre-se o risco de reproduzir o modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade” (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.72).

Nas entrevistas realizadas, as profissionais demonstraram não pactuar com o entendimento de que o hospital psiquiátrico é capaz de intervir de forma mais eficaz nos casos de crise psíquica, abaixo destacamos algumas falas.

Eu por exemplo hoje trabalho em um CAPS III, em um CAPS que tem leito de acolhimento né, acolhimento noturno. E a possibilidade de dar conta de uma crise né, de um sofrimento intenso, a forma que pensa a estabilização, que se pensa o cuidado num CAPS III são infinitas vezes mais cuidadosa, infinitas vezes, inclusive, mais rápida⁷⁵ do que em uma internação psiquiátrica. Eu por exemplo quando estava na especialização eu acompanhei um senhor que tinha virado senhor dentro do hospital psiquiátrico. Ele estava há 20 anos no hospital psiquiátrico internado em longa permanência e antes disso estava a 20 anos fazendo porta giratória no hospital psiquiátrico. Então, ele tinha 40 anos de institucionalização, e ele

⁷⁵ A Portaria nº 336/2002 define que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias”. Já para os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 854/2012, o tempo máximo de permanência é de 14 (quatorze) dias.

tinha cerca de 63/64 anos. (...) lembro a primeira vez que ele se olhou no espelho depois de quase 10 anos, que ele olhou no espelho e se deu conta de que o tempo tinha passado, que ele estava quase 10 anos sem se olhar no espelho dentro do hospital, que estabilização e que qualidade é essa de cuidado né, que o sujeito para de se reconhecer (Entrevistada 1 – Assistente Social/ Trabalhadora de CAPS e militante do NEMLA).

Não é deitado num leito que se recupera um paciente de saúde mental. Então, a estrutura hospitalar no hospital psiquiátrico, os processos de trabalho primeiro que eles são genuinamente centrados a volta do modelo da atenção hospitalar que é em médico e em enfermeiro. Você tem a ausência de uma equipe interprofissional, a discussão multiprofissional é muito difícil e é centrada numa lógica em que abduz o sujeito da cena do seu tratamento (Entrevistada 3 – Psicóloga/ Professora Universitária).

Enfatiza-se que o ciclo das internações psiquiátricas ocasiona sérios prejuízos ao quadro psíquico dos usuários, podendo inclusive, intensificar o sofrimento psíquico. O longo percurso nas internações também é capaz de roubar as vivências e habilidades do sujeito, como o simples ato de se olhar no espelho e se reconhecer ou mesmo comer de garfo e faca. É possível observar que quando os usuários possuem efetivo suporte dos CAPS, e conseguem não internar por anos, ao voltar a ter experiência com o hospício em situação de crise, demoram alcançar a estabilização de seus quadros. Muitos usuários acabam relembrando os tempos difíceis de eletrochoque e os maus tratos sofridos dentro do hospício.

Vimos que na realidade do município do Rio de Janeiro, a atenção ao sofrimento psíquico ainda está sendo realizada sem prescindir por completo das instituições fechadas, o que reforça a importância dos Hospitais Psiquiátricos na rede e contribui para sua manutenção e existência. Assim, “estes ainda se mantêm fortes por serem consagrados todos os dias pela própria rede substitutiva, como os serviços indicados para dar suporte à crise do usuário através das internações e intervenções medicamentosas (JARDIM, 2017, p.77). Pontuo que neste trabalho defendemos que na maior parte das vezes essa indicação está relacionada com a dificuldade de suporte devido a precarização da rede substitutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, vimos que as internações psiquiátricas ainda se constituem como um recurso estratégico de atenção à crise psíquica no município do Rio de Janeiro, em especial na AP 3.0, área em que nos debruçamos na pesquisa. Desta forma, constatamos que mesmo diante de todos os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, o hospício continua sendo acionado para intervir em casos de usuários em crise, o que acaba reafirmando sua importância na rede e contribuindo para sua “não extinção”. Sinaliza-se que apesar da centralidade das internações, no período de análise desta pesquisa ocorreu o fechamento de alguns leitos de atenção à crise no hospital em estudo, mas não tivemos acesso a maiores informações sobre essa redução. Sabemos que as vezes era necessário reabrir algum leito que havia sido fechado devido a lotações nas emergências psiquiátricas da cidade, sobretudo, no período em que os profissionais dos CAPS estavam em greve.

Compreendemos que os CAPS III e o acolhimento noturno são propostas organizacionais estratégicas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, apesar de previsto e instituído pela política como serviços estratégicos, sua implantação no país ainda é baixa, sobretudo, no município do Rio de Janeiro.

Neste estudo, vimos que a baixa implantação de CAPS III na cidade do RJ colabora para que a rede não prescindia das internações psiquiátricas. Cabe destacar, que além da importância do investimento em CAPS III, é necessário que haja um planejamento por parte dos gestores municipais no que diz respeito ao mapeamento das áreas com mais necessidade de implementação desse tipo serviço. Esta dissertação nos mostra que uma das áreas programáticas da AP 3.0 que mais internaram seus usuários no hospital psiquiátrico em estudo, apresenta uma carência absurda de CAPS, principalmente de CAPS III.

No Brasil, existem experiências pioneiras e exitosas de redes constituídas exclusivamente por CAPS III, como é o caso da cidade de Campinas/SP. Essas experiências já consolidadas demonstram que o CAPS III é capaz de ofertar o cuidado de forma a prescindir na maioria dos casos da internação em hospitais psiquiátricos e com um funcionamento bem distinto (VAINER, 2016). O CAPS III possibilita que o usuário seja cuidado em liberdade e no território onde mora, próximo de seus amigos e familiares, evitando a perda do vínculo com sua rede de apoio. Além disso, possibilita que o acolhimento aos usuários em crise seja realizado em um tempo mais curto, o que evita a perda da autonomia dos usuários. Ressalta-se que os leitos de saúde mental em hospitais gerais também

são uma proposta de substituição aos leitos em hospitais psiquiátricos, porém, verifica-se que o município do Rio de Janeiro também apresenta um déficit na implementação desses leitos.

É válido enfatizar que o cuidado em saúde mental implica compreender o sujeito de forma integral. Nesse sentido, a assistência prestada ao usuário em sofrimento psíquico não deve se restringir apenas aos serviços de saúde mental, é necessário que se tenha uma articulação com outros serviços de saúde, sobretudo, os da Atenção Primária. Além da rede de saúde também é importante que se construa uma rede intersetorial de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas (Assistência Social, Habitação, Trabalho e Renda entre outras) e com diferentes segmentos e atores sociais (YASUI, 2006).

Salientamos que o fortalecimento dos hospícios também está sendo propiciado pela conjuntura nacional de retrocessos, principalmente, pelo desinvestimento na Política de Saúde Mental via cortes de orçamento em programas de saúde mental, o que acaba reacendendo a lógica dos manicômios. A publicação da Resolução N° 32 e da Portaria N° 3.588 também contribuiu para a ampliação do financiamento público tanto para a expansão de leitos psiquiátricos quanto para as comunidades terapêuticas.

O atual quadro de precarizações que atinge a saúde mental no município do Rio de Janeiro alicerçado por um projeto político de desinvestimento nos CAPS acaba comprometendo a assistência prestada aos usuários, implicando na garantia de continuidade e qualidade das ações em saúde mental. Diante desse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acabam dependendo da assistência prestada pelos Hospitais Psiquiátricos, e, conseqüentemente, fortalecem o ciclo das internações psiquiátricas. Além das implicações para o cuidado em saúde mental, pontua-se que o cenário de precarização dos serviços e dos vínculos de trabalho também atinge negativamente os trabalhadores da saúde mental, gerando sobrecarga de trabalho e incerteza salarial, o que contribui conseqüentemente para o aumento de adoecimentos dos trabalhadores.

No município do Rio de Janeiro, observamos que a tendência política predominante é a que se restringe nas palavras de Duarte (2018, p.238), “a mera reorganização dos serviços, a qualquer custo, inclusive com parcerias público-privado, muitas com celebração de contratos de trabalho com Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais (OS)”. Nesta dissertação, vimos as implicações do modelo de gestão por “OS” para o cuidado em saúde mental e consideramos que para alcançarmos a plena efetivação da RPB também é de suma importância a superação desse modelo de gestão.

Ressaltamos que a temática não foi esgotada e que este estudo apresenta limitações, principalmente devido ao fato de não ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Enfatizamos que “a não submissão” tem a ver com o cenário de pandemia de covid-19 que se instalou na cidade do RJ a partir de março/2020, implicando em uma reorganização no funcionamento dos serviços, o que resultou na suspensão das avaliações de projetos de pesquisa pelo referido Comitê. Tal fato impediu o acesso a outras fontes de registros que pudessem nos fornecer mais informações sobre as internações psiquiátricas na AP 3.0 e que nos permitisse realizar comparações com os acolhimentos à crise em CAPS III das diferentes áreas que compreendem a AP 3.0 (3.1, 3.2 e 3.3).

Também destacamos as dificuldades para a realização da pesquisa de campo, pois devido ao isolamento social recomendado pelos órgãos de saúde pública, a popularmente conhecida “quarentena”, as entrevistas tiveram que ser feitas de modo remoto, através de chamada de vídeo do aplicativo WhatsApp. Desta forma, a qualidade do áudio das entrevistas dependia da conexão com a internet. A partir da análise do perfil das internações psiquiátricas, também foi possível encontrar algumas limitações de registros de informações importantes. O quesito raça/cor, por exemplo, não aparece na planilha que tivemos acesso. Conforme Passos (2018), o debate sobre raça ficou apagado ao longo da construção, implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira, e “racializar os corpos e a própria história faz parte dos novos rumos da Luta Antimanicomial” (p.14).

A partir do presente estudo, identificamos alguns pontos importantes que pretendemos nos debruçar em futuras pesquisas. Com relação a esses pontos, destacamos o quantitativo de usuários de cada área da AP 3.0 que ficaram acolhidos em CAPS III de seus respectivos territórios; o tempo de duração desses acolhimentos e o financiamento destinado aos CAPS III e aos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Esses dados permitirá a realização de um estudo comparativo e mais aprofundado sobre a atenção à crise realizada no hospital psiquiátrico e nos CAPS III.

Para finalizar, destaco que a Reforma Psiquiátrica brasileira e todos os avanços no campo da saúde mental conquistados a partir dela, só foi possível porque existiu uma luta coletiva, que envolveu profissionais da saúde mental, usuários e familiares. Acredito que para continuarmos avançando e frearmos esses recentes retrocessos na Política, será preciso recuperarmos a vontade e a capacidade de organização, pois só a luta muda a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. de. **O Desafio da Produção de Indicadores para Avaliação de Serviços em Saúde Mental:** um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva:** ensaios de sociologia do trabalho. 2 ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 195-204, 2009.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E; GENTILI, P (Org.). **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDREAZZI, M. de. F. S. de; BRAVO, M.I.S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde,** v. 12, n. 3, p. 499-518, set. /dez.2014.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. **Revista Nueva Sociedad**, San José, v. 1, p. 44-59, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica**: posicionamento crítico da ABRASME à nota técnica do Ministério da Saúde (MS) n. 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019. 19 de fev. 2019.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política Social**: fundamentos e história. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Política Social no Capitalismo Tardio**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)**. Brasília, 1995.

_____. Congresso Nacional. **Lei Federal nº. 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336/2002**. Estabelece as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Secretaria de Atenção à Saúde.

Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.588/2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

_____. Ministério da Justiça. **Edital de Credenciamento SENAD nº 01/2018.** Dispõe sobre o processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Ed, 1974.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional.** Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2009.

_____; MATOS, M.C.de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P (Org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S; et al (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____; PELAEZ, E.J; PINHEIRO, W.N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.,** Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan. /abr. 2018.

_____; PELAEZ, E.J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social,** Brasília, v. 22, n. 46, p.191-209, jan. /jun. 2020.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público (RSP),** Brasília, ano 47, v. 120, n.1, p1-28, jan. /abr.1996.

CAMPOS, G.W. de.S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

CORREIA, M.V. C; SANTOS, V.M. Privatização da Saúde via novos Modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Garamound Universitária, 2007.

CUNHA, M.C. Loucura, Gênero Feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144, ago. /set. 1989.

DELGADO, P.G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p.1-4, 2019.

DRAIBE, S.M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa N. 08**. Campinas: NEPP/ UNICAMP, 1993.

DRUCK, M.G.F. **Terceirização: (des) fordizando a fábrica**. São Paulo: Boitempo, 1999.
GUADALUPE, S. **Intervenção em rede: serviço social, sistêmica e redes de suporte social**. 2ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2016.

DUARTE, M.J de O. Movimentos e Lutas Sociais na Saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial. **Revista em pauta**, v.7, n.25, jul. /2010.

ECHEBARRENA, R.C. **Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ELIA, D.D.S. “**O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro**”. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FAGUNDES JR, H.M., DESVIAT, M., SILVA, P.R.F da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1449-1460, 2016.

GIOVANELLA, L; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma**

Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOMES, T. **Para Além da Rima Pobre do Capital:** questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO, Rio de Janeiro, 2014.

GOMES, T. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S (Org.). **Serviço social, saúde mental e drogas.** Campinas: Papel Social, 2017.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.); et al. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GUIMARÃES, T. de. A. A; ROSA, L. C. dos. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, ano XXII, n.44, p. 111-138, mai. /ago. 2019.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna:** uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

JARDIM, K. “Por que a crise não cabe no sistema?” Divagações sobre a interface entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Urgência e Emergência. In: PASSOS, R.G.; COSTA, R.; SILVA, F.G (Org.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

LIMA, J.B.; BRAVO, M.I.S. O Percurso do Financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. In: **A mercantilização da saúde em debate:** As organizações sociais no Rio de Janeiro. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

LOBATO, L. de. V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p.87-97, 2016.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan. /abr. 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MORAIS, H.M.M; et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, 2018, vol.34, n.1.

MOTA, A.E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, ago.2004.

O'DWYER, G; et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.4555-4567, 2019.

OLIVEIRA, R.F. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua**, n. 24, p.132-146, 2011.

OLIVEIRA, C.A. Saúde, Cidade e a Lógica do Capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate**: As organizações sociais no Rio de Janeiro. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, mai. 2006.

PAIVA, C.H. A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências, Saúde**; Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-36, jan. /mar, 2014.

PASSOS, R.G. **Trabalhadoras do care na saúde mental**: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo, 2016.

_____. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul./dez. 2017.

_____. “Holocausto ou Navio Negreiro? ”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set. /dez. 2018.

_____; et al. Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argum.**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020.

PAULIN, L.F; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 241-258, mai. /ago, 2004.

PEREIRA, S.L.B. A Política de Saúde Mental Brasileira em Tempos Neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n.1, p.72-87, jan. /abr. 2020.

PEREIRA, P. A.P. **Política Social: Temas e Questões**. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

QUEIROZ, I.B.S; et al. Abordagens de sexualidade e gênero na saúde do homem: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. 1-10, 2020.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N.R. (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1987.

RIO DE JANEIRO (Município). **Lei nº 5026, de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2009 a 2016. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. **Revista Saúde em Foco**, SMSRIO, v. 1, n. 2, jun./dez. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA. Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CST. **Mapeamento das Atividades Produtivas e da População Trabalhadora do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Estudo para otimização de recursos**. Rio de Janeiro, 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Rio de Janeiro, 2019.

RODRIGUES, P.H.A. **As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde**. Rio de Janeiro, 23 de nov. 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacaoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/>>. Acesso em: 13/01/2019.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANICOLA, L. **As Dinâmicas de Rede e o Trabalho Social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.

SANO, H; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, vol 48, n. 3, p.64-80, 2008.

SILVA, V.M. da; LIMA, S.M.L; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p.145-159, 2015.

SILVA, B.Z. da. Pela DesCrívelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2020.

SILVEIRA, D.P. da; VIEIRA, A.L.S. Reflexões sobre a Ética do Cuidado em Saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.92-101, jun. 2005.

SOUZA, A.C; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.1, p.121-132, 2010.

SPOSATI, A. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.2315-2325.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.25-59, jan./abr. 2002.

VAINER, A. A. **Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE I – Tabela com o perfil das entrevistadas

ENTREVISTADAS	IDADE	SEXO	COR	PROFISSÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
1	26	Feminino	Branca	Assistente Social	CAPS
2	48	Feminino	Negra	Nutricionista	Política
3	56	Feminino	Parda ou branca	Psicóloga	Universidade
4	65	Feminino	Branca	Psicóloga	Aposentada

OBS: No item cor, a informação foi obtida com base na autodeclaração.

APÊNDICE II



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Dados de identificação

Título do Projeto: As internações psiquiátricas na Rede de Atenção Psicossocial: uma análise da Área Programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro

Pesquisador Responsável: Daiane Pereira Magalhães Moraes

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense (UFF) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 99767-3400 ou (21) 3518-4044

Outras formas de contato com o pesquisador (e-mail): daiane.magalhaes@yahoo.com.br

Nome do Participante:

Prezado (a) Senhor (a):

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “As internações psiquiátricas na Rede de Atenção Psicossocial: uma análise da Área Programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro”, de responsabilidade da pesquisadora Daiane Pereira Magalhães Moraes. A presente proposta de pesquisa justifica-se pelo fato das internações psiquiátricas ainda ocorrerem no município do Rio de Janeiro, recolocando o hospício como importante local de tratamento. O objetivo da pesquisa é “apontar o papel que o hospital psiquiátrico ocupa na área programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro, no período de 2010 – 2019; Identificar se as internações psiquiátricas constituem-se como principal estratégia de atenção à crise psíquica na área programática (AP 3.0) do município do Rio de Janeiro; Avaliar as transformações ocorridas na Política de Saúde Mental e como essas

alterações irão impactar no município do Rio de Janeiro; Analisar como os profissionais a serem entrevistados percebem a funcionalidade das internações psiquiátricas no cenário contemporâneo do município do Rio de Janeiro”.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: através de entrevista, com perguntas elaboradas previamente e que serão gravadas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária, podendo você: recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os registros gravados serão armazenados e guardados com a pesquisadora.

Os benefícios esperados são: possibilitar o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica antimanicomial, bem como, instrumentalizar e subsidiar os profissionais da saúde mental com conhecimentos críticos a respeito das internações psiquiátricas na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. De acordo com as Resoluções 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, todas as pesquisas envolvem riscos, ainda que mínimos. Desta forma, a realização das entrevistas poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto, constrangimento, etc. Se isto ocorrer o (a) senhor (a) poderá interromper a entrevista e retomá-la posteriormente, se assim o desejar.

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contactar a pesquisadora Daiane Pereira Magalhães Moraes, através do endereço: Rua Cordovil, nº 1300, bloco 3, Apt 302, Parada de Lucas – Rio de Janeiro, ou através do telefone: (21) 3518-4044 ou 99767-3400, ou ainda através do e-mail: daiane.magalhaes@yahoo.com.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor (a).

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados

pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Sociais, Ciências Sociais Aplicadas, Humanas, Letras, Artes e Linguística da Universidade Federal Fluminense (CEP – Humanas UFF) - Campus da Praia Vermelha (UFF), Torre nova do Instituto de Física, 3º andar, telefone: (21) 2629-5119, e-mail: cephumanasuff@gmail.com.

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em ser participante do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Nome

Assinatura (ou **impressão dactiloscópica**) do (a) Participante

Data

Nome

Assinatura da Pesquisadora

Data

APÊNDICE III



PESQUISA:

AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ANÁLISE DA ÁREA PROGRAMÁTICA (AP 3.0) DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Idade - Sexo – Cor - Formação Profissional (nível superior, área e maior titulação).

2. Como você avalia a construção da Política de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro e o contexto atual?

3. Em sua opinião, qual é o papel do hospital psiquiátrico na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro?

4. Você considera que o hospital psiquiátrico é capaz de dar uma resposta mais efetiva para os casos de crise psíquica?

5. Como avalia a situação atual dos CAPS no município do Rio de Janeiro?

6. Para você, o município do Rio de Janeiro possui número suficiente de CAPS tipo III?